

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
EMILIE GAUTHIER

FACILITER L'ENGAGEMENT DES PERSONNES AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
DANS L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : PISTES D'ACTION POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier madame Valérie Poulin, ma directrice d'essai, pour sa disponibilité, son soutien et son écoute, de même que pour ses bonnes idées et ses commentaires constructifs qui auront grandement contribué à la réalisation d'un essai dont je suis fière. Merci également aux trois experts ergothérapeutes qui ont accepté de participer à ce projet. Votre opinion aura permis d'obtenir une perspective supplémentaire fort intéressante. Je remercie également ma famille et mes amis qui sont toujours présents pour moi et à l'écoute. Finalement, j'aimerais remercier mon amoureux Sébastien qui me soutient et m'encourage depuis le tout début de mon cheminement en ergothérapie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉS.....	ix
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. L'accident vasculaire cérébral	3
2.2. Les bienfaits de l'activité physique	4
2.3. L'inactivité chez les survivants d'un AVC	5
2.4. Barrières et facilitateurs à la pratique d'activités physiques post-AVC.....	6
2.5. Pertinence du rôle de l'ergothérapeute pour faciliter l'engagement dans des activités physiques après l'AVC	8
2.6. Objectif de recherche	9
3. CADRE CONCEPTUEL	11
3.1. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels.....	11
3.1.1 L'occupation	12
3.1.2.1 Définition du concept de l'activité physique : occupation ciblée par ce projet	12
3.1.2. La personne	13
3.1.3. L'environnement	14
3.2. La Charte d'Ottawa	15
4. MÉTHODE.....	17
4.1. Devis	17
4.2. Méthode pour la partie 1 : Recensions d'écrits et formulation de pistes d'action	17
4.2.1. Stratégie de recherche	17
4.2.2. Sélection des études.....	18
4.2.3. Extraction et analyse des données.....	18
4.2.4 Formulation des pistes d'action	19
4.3. Méthode pour la partie 2 : Consultation d'ergothérapeutes experts	19

4.3.1. Recrutement des experts	19
4.3.2. Collecte de données	19
4.3.3. Analyse des données	19
4.4. Considérations éthiques.....	20
5. RÉSULTATS	21
5.1. Résultats pour la partie 1 : Recension des écrits et formulation de pistes d'action	21
5.1.1. Portrait des études retenues.....	21
5.1.2. Synthèse des données probantes et formulation des pistes d'action pour favoriser l'engagement dans des activités physiques à la suite de l'AVC	22
5.2. Résultats pour la partie 2 : Consultation d'ergothérapeutes experts	32
5.2.1. Description des experts consultés.....	32
5.2.2. Avis sur l'applicabilité et la pertinence des pistes d'action.....	32
6. DISCUSSION.....	37
6.1. Discussion sur les principes d'intervention facilitant l'engagement des survivants d'AVC dans la pratique d'activités physiques et les pistes d'action en découlant pour les ergothérapeutes.....	37
6.1.1. Concordance entre les pistes d'action proposées et les barrières et facilitateurs recensés	37
6.1.2. Liens avec le MCREO.....	38
6.1.3. Liens avec la Charte d'Ottawa	39
6.1.4. Pertinence d'adopter une vision globale du concept d'activité physique pour promouvoir le rôle de l'ergothérapeute dans l'application des pistes d'action	39
6.2. Discussion sur la pertinence et l'applicabilité des pistes d'action	40
6.2.1. Perception de la pertinence des pistes d'action	41
6.2.2. Perception de l'applicabilité des pistes d'action	42
6.3. Forces et limites de la recherche	44
6.4. Conséquences de l'étude sur la pratique en ergothérapie.....	45
7. CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES	48
ANNEXE A BARRIÈRES ET FACILITATEURS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES POST-AVC RELEVÉS DANS LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES	58
ANNEXE B QUESTIONNAIRE	60

ANNEXE C STRATÉGIE DE RECHERCHE	66
ANNEXE D GRILLES D'EXTRACTION	67
ANNEXE E 14 PISTES D'ACTION PROPOSÉES.....	87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les types d'activités physiques
Tableau 2.	Les dimensions de la personne
Tableau 3.	Les dimensions de l'environnement
Tableau 4.	Principes d'intervention de la Charte d'Ottawa appliqués à la prévention secondaire de l'AVC
Tableau 5.	Stratégie de recherche
Tableau 6.	Description des participants

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cotes attribuées sur la pertinence des pistes d'action

Figure 2. Cotes attribuées de l'applicabilité des pistes d'action

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC	Accident vasculaire cérébral
MCREO	Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

RÉSUMÉS

Problématique : L'activité physique présente plusieurs bienfaits auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) dont l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle et de la qualité de vie, de même que la diminution du risque de récurrence d'AVC. Toutefois, les survivants d'AVC demeurent très peu actifs, rencontrant bon nombre de barrières à leur engagement dans cette occupation. Peu d'écrits sont destinés à guider ou à outiller les professionnels, dont les ergothérapeutes, pour faciliter l'engagement dans la pratique d'activités physiques au quotidien.

Objectifs : Dans un premier temps, cet essai visait à identifier les interventions basées sur les données probantes facilitant l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC afin de formuler des pistes d'action concrètes destinées aux ergothérapeutes pour les guider dans leurs interventions pouvant favoriser la pratique d'activités physiques significatives pour la personne. Dans un deuxième temps, l'essai avait pour objectif d'explorer la pertinence et l'applicabilité des pistes d'action proposées, telles que perçues par des experts ergothérapeutes.

Cadre conceptuel : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) et la Charte d'Ottawa ont guidé cet essai. **Méthode :** Dans un premier temps, une revue structurée des écrits scientifiques a permis la formulation des pistes d'action en se basant aussi sur le cadre conceptuel de cette étude. Dans un deuxième temps, la pertinence et l'applicabilité de chacune des pistes d'action ont été validées par trois ergothérapeutes experts. **Résultats :** À

la lumière de ce qui est ressorti dans les écrits scientifiques, 14 pistes d'action ont été formulées. Celles-ci se basent sur les principes d'intervention tels que la mise en place de soutien social, l'adaptation de l'occupation (référant ici aux différents types d'activités physiques), l'autogestion par la personne, l'accessibilité (par exemple : coûts, transport, programmes communautaires), la motivation, l'éducation ainsi que la sensibilisation de la personne, sa famille et du personnel soignant sur l'activité physique (par exemple : bénéfices, fausses croyances, stratégies). Selon les trois experts consultés, les pistes d'action sont généralement perçues très pertinentes, mais le consensus est beaucoup plus faible en ce qui a trait à l'applicabilité des pistes d'action.

Discussion : Plusieurs pistes d'interventions peuvent être explorées par les ergothérapeutes, en collaboration avec d'autres professionnels, pour faciliter l'engagement des personnes ayant subi un AVC dans la pratique d'activités physiques. Les pistes d'action proposées sont cohérentes avec les barrières à la pratique d'activités physiques rencontrées par les survivants d'AVC. En lien avec le MCREO, il est constaté que les principes d'interventions liés à l'adaptation de l'occupation, aux dimensions affectives et cognitives de la personne ainsi qu'à son environnement social ressortent principalement. De plus, tous les principes de la Charte d'Ottawa sont représentés. L'applicabilité perçue des pistes d'action est variable selon le milieu clinique, l'équipe interdisciplinaire et les ressources disponibles. Généralement, les pistes d'action qui concernent le développement communautaire sont perçues comme moins applicables. **Conclusion :** Une approche holistique qui tient compte de l'occupation, de la personne et de son environnement et une vision large de ce qu'est l'activité physique sont à privilégier.

Mots-clés français : accident vasculaire cérébral, activité physique, exercice, ergothérapie

Rationale: Physical activity has shown several benefits for people who have had a stroke, including improved functional independence and quality of life, as well as reduced risk of recurrence of stroke. However, stroke survivors are much less physically active than recommended, facing many barriers to their involvement in physical activity. There are few existing guidelines or tools for professionals, especially for occupational therapists, to facilitate the engagement of stroke survivors in meaningful physical activities on a daily basis. **Objectives:** As a first step, this study aimed to identify evidence-based interventions that facilitate physical activity engagement after stroke in order to formulate concrete courses of action for occupational therapists to promote the practice of physical activities post-stroke. As a second step, the study explored the applicability and relevance of the proposed courses of action as perceived by expert occupational therapists. **Conceptual framework:** The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement and the Ottawa Charter for Health Promotion guided this study. **Method:** First, a structured literature review led to the identification of relevant courses of action based on the conceptual framework of this study. Then, the relevance and the applicability of each of these courses of action were validated by three expert occupational therapists. **Results:** In light of the findings emerging from the scientific literature, 14 courses of action have been formulated. These are based on the following principles of intervention: establishment of social support, adaptation of the occupation (referring to the different types of physical activity), self-management by the person, accessibility (e.g., costs, transportation, community programs), motivation, education and sensitization of the individual, the family and caregivers about physical activity (e.g., benefits, false beliefs, strategies). According to the three experts consulted, the courses of action are generally perceived as very relevant, but the consensus is much weaker in terms of the applicability of the courses of action. **Discussion:** Several avenues of intervention can be explored by occupational therapists, in collaboration with other professionals, to facilitate the engagement of stroke survivors in the practice of physical activity. The proposed courses of action are consistent with the barriers to practicing physical activities experienced by stroke survivors. In relation to the MCREO, it is noted that the principles of interventions are mostly related to the adaptation of the occupation, the affective and cognitive dimensions of the person as well as the social environment. In addition, all the principles of the Ottawa Charter are represented. The perceived applicability of the courses of action varies according to the clinical setting, the interdisciplinary team and the resources available. Generally, the courses of action that concern community development are perceived as less applicable. **Conclusion:** A holistic approach that takes into account the occupation, the person and the environment as well as a broad vision of the concept of physical activity are recommended.

Keywords: stroke, physical activity, exercise, occupational therapy

1. INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue la troisième cause de décès au Canada en plus de se classer au dixième rang pour les années de vie corrigées de l'incapacité, c'est-à-dire, le nombre d'années perdues en raison d'une incapacité, d'une mauvaise santé ou d'un décès prématuré (Gouvernement du Canada, 2017). Au cours des dernières années, plusieurs facteurs de prévention primaire tels la sensibilisation accrue, l'amélioration des soins relatifs aux AVC et l'amélioration de la gestion des facteurs de risque ont contribué à diminuer la fréquence d'un premier AVC et le taux de mortalité lié à l'AVC (Gouvernement du Canada, 2017). Toutefois, le nombre d'adultes ayant subi un AVC a augmenté de façon constante au cours de la dernière décennie (Gouvernement du Canada, 2017). Il semble donc que plus de gens survivent et récidivent d'un AVC et qu'un besoin de prévention secondaire est présent.

Parmi les stratégies de prévention possibles (comme le contrôle de l'hypertension, l'arrêt du tabagisme et la saine alimentation), l'activité physique est aussi une façon prometteuse de prévenir l'AVC (Agence de la santé publique du Canada, 2011b; Gouvernement du Canada, 2017). Malgré que la pratique d'activités physiques apporte de nombreux bénéfices (Agence de la santé publique du Canada, 2011a) dont la diminution du risque d'un second AVC (Hackam et Spence, 2007), celle-ci fait très peu partie du mode de vie des survivants d'AVC (Ashe, Miller, Eng et Noreau, 2008; Ivey, Hafer-Macko et Macko, 2006; Rand, Eng, Tang, Jeng et Hung, 2009). Les ergothérapeutes jouent un rôle important dans la réadaptation des personnes qui ont subi un AVC, plus précisément pour la reprise des occupations (Ordre des Ergothérapeutes du Québec [OEQ], s.d.). De plus, ils font partie des acteurs importants agissant en prévention et promotion de la santé (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Toutefois, il semble que ceux-ci soient peu outillés pour soutenir l'engagement des survivants d'AVC dans la pratique d'activités physiques. Le présent essai critique vise donc à proposer des pistes d'action concrètes afin de sensibiliser et outiller les ergothérapeutes à l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC.

Le corps de cet essai critique est divisé de la façon suivante. Dans un premier temps, la problématique qui fait état du sujet de l'étude et expose l'étendue du problème en s'appuyant sur des écrits scientifiques est présentée. Dans un deuxième temps, la question de recherche ainsi que les objectifs de recherche sont exposés. Dans un troisième temps, la section du cadre conceptuel décrit les modèles conceptuels utilisés pour guider cet essai critique. Finalement, la méthode est expliquée, suivie des résultats, de la discussion et de la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. L'accident vasculaire cérébral

L'AVC se produit lorsqu'il y a interruption du flux sanguin vers une partie du cerveau dû à un caillot sanguin ou lorsqu'il y a rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau qui crée un écoulement de sang (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2016; Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC, s.d.). Suite à un AVC, ceux qui survivent demeurent souvent avec des séquelles qui varient selon la partie du cerveau qui a été endommagée et selon son étendue. Ces séquelles peuvent être de nature physique, émotionnelle, comportementale et sociale. Par exemple, les personnes qui ont subi un AVC sont susceptibles de devenir hémiplegiques, hémi-négligentes ou aphasiques. Il est aussi possible qu'elles aient une perte de sensations, des comportements impulsifs, un manque de jugement ou des pertes de mémoire (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Ces séquelles ont souvent un impact sur le fonctionnement de la personne. En effet, 67% des personnes vivant avec les séquelles d'un AVC rapportent avoir besoin d'aide pour effectuer des activités de la vie quotidienne et 80% mentionnent des difficultés à effectuer certaines activités qu'ils appréciaient auparavant (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Les résultats de l'étude de Mayo, Wood-Dauphinee, Cote, Durcan et Carlton (2002) abondent aussi en ce sens en affirmant que, six mois après l'AVC, 70% des gens rapportent des difficultés dans au moins une des tâches domestiques suivantes : la préparation de repas, l'entretien ménager ou la réalisation d'achats.

Au cours des dernières années, les statistiques ont démontré que l'AVC entraîne des répercussions importantes au Canada. Par exemple, en 2009, pas moins de 315 000 Canadiens ont déclaré souffrir des effets d'un AVC alors qu'en 2007 on rapportait 11 276 décès attribuables aux AVC. Par conséquent, les coûts engendrés par les décès et les incapacités causées par l'AVC sont très élevés. Ceux-ci étaient d'ailleurs estimés à 3,6 milliards de dollars en 2000 (Agence de la santé publique du Canada, 2011b). L'ampleur des répercussions de l'AVC semble d'autant plus préoccupante pour les prochaines années. En considérant le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de survivants, le nombre de Canadiens aux prises avec les séquelles d'un AVC pourrait atteindre 726 000 en 2038 (Krueger et coll., 2015). L'AVC représente donc un enjeu de santé actuel qui mérite d'être abordé en raison de sa prévalence élevée et de ses

conséquences graves pour les personnes touchées. À cet effet, quelques facteurs ont déjà été identifiés afin de favoriser la prévention et la promotion de la santé pour cette population. Parmi les différents facteurs relevés (tels l'abstinence du tabac, la gestion efficace du stress, l'adoption d'une saine alimentation), la pratique régulière d'activités physiques s'avère une approche prometteuse (Agence de la santé publique du Canada, 2011b).

2.2. Les bienfaits de l'activité physique

De façon générale, l'activité physique a été reconnue pour ses maintes vertus quant à la prévention et la promotion de la santé. Effectivement, elle est reconnue pour améliorer la santé et réduire le risque de maladies dont l'AVC (Agence de la santé publique du Canada, 2011a). La pratique régulière d'activités physiques facilite également la réalisation des tâches quotidiennes. Plus spécifiquement chez les aînés, l'activité physique possède de nombreux bienfaits au plan physique comme le maintien de la force musculaire, de la coordination, de la souplesse et de l'équilibre, ce qui contribue en plus à la réduction du risque de chute et au maintien de l'indépendance (Agence de la santé publique du Canada, 2011a). À cela s'ajoutent également des bénéfices notés pour améliorer le fonctionnement cognitif des personnes âgées (Büla, 2016).

L'activité physique peut également comporter des effets positifs auprès de la clientèle ayant subi un AVC en ce qui concerne la prévention secondaire, c'est-à-dire la prévention d'une récurrence d'AVC (Lennon, Galvin, Smith, Doody et Blake, 2014). Cela s'avère important étant donné que la probabilité de faire un second AVC dans les deux années suivant le premier est estimée à 20% et que son risque d'être fatal est plus élevé qu'au premier AVC (Godbout et coll., 2017). D'ailleurs, il est estimé que 80% des récurrences d'AVC pourraient être évitées en combinant une intervention médicale et des changements au mode de vie dont l'augmentation du niveau d'activité physique (Hackam et Spence, 2007). De plus, tel que conclut une récente revue systématique portant sur l'entraînement physique post-AVC, celui-ci entraînerait des bienfaits quant à la mobilité fonctionnelle en améliorant la vitesse, l'endurance à la marche et l'équilibre (Saunders et coll., 2016). La pratique d'activités physiques a également démontré des résultats positifs très prometteurs pour améliorer le fonctionnement cognitif chez les personnes âgées ayant subi un AVC (Cumming, Tyedin, Churilov, Morris et Bernhardt, 2012; Marzolini, Oh, McIlroy et Brooks, 2013; Rand, Eng, Liu-Ambrose et Tawashy, 2010). Finalement, l'activité physique

contribue à une meilleure autonomie fonctionnelle et à une meilleure qualité de vie chez les survivants d'un AVC (Billinger et coll., 2014; Hildebrand, Brewer et Wolf, 2011). Il n'est donc pas surprenant que la *Stratégie canadienne de l'AVC* recommande un programme d'exercices dynamiques (c'est-à-dire, marche rapide, course à pied, bicyclette ou natation) à raison de 30 à 60 minutes par jour, et ce, 4 à 7 jours par semaine à titre de prévention primaire et secondaire de l'AVC ainsi qu'un programme d'exercices aérobiques post-AVC adapté au patient afin d'améliorer les capacités physiques, mais aussi l'humeur et les capacités cognitives (Lindsay et coll., 2010).

2.3. L'inactivité chez les survivants d'un AVC

Malgré que l'activité physique ait été démontrée bénéfique et qu'elle soit fortement recommandée (World Health Organization, 2003), des études ont révélé que le niveau d'activité physique préconisé est rarement atteint chez les personnes qui ont subi un AVC (Rand et coll., 2009). Celles-ci sont moins actives que les personnes de leur âge qui n'ont pas eu d'AVC. Les survivants de l'AVC auraient un niveau de forme physique équivalent à seulement 50% de celui des individus en santé du même âge (Ivey et coll., 2006). Aussi, l'étude qualitative menée par Morris, Oliver, Kroll, Joice et Williams (2015), soulève que les personnes âgées ayant subi un AVC percevaient parfois l'activité physique comme moins réalisable et trop exigeante. De plus, non seulement les victimes de l'AVC sont moins actives que les personnes en bonne santé, mais elles le sont moins que celles souffrant d'autres maladies chroniques comme les maladies respiratoires, cardiovasculaires, musculo-squelettiques, neurologiques ou le diabète (Ashe, Eng, Miller et Soon, 2007). Les survivants d'un AVC sont également largement moins actifs qu'ils ne l'étaient avant l'AVC. À ce propos, l'étude de Shaughnessy, Resnick et Macko (2006) menée auprès de 312 participants montre que, suite à l'AVC, seulement 31% des participants effectuent l'activité physique minimale recommandée par la *Stratégie canadienne de l'AVC* (Lindsay et coll., 2010), alors que pas moins de 45% de ces mêmes participants atteignaient les recommandations avant leur AVC. Aussi, une personne ayant subi un AVC léger délaisserait entre 53% et 76% de ses activités physiques de loisir exigeantes comme marcher, courir, nager et jardiner (Hildebrand et coll., 2011). Les activités physiques de loisir exigeantes seraient également les premières à être délaissées bien avant les activités de la vie domestique (par exemple : gestion financière,

entretien du domicile, faire les courses), les activités sociales et les activités physiques peu exigeantes (Edwards, Hahn, Baum et Dromerick, 2006).

2.4. Barrières et facilitateurs à la pratique d'activités physiques post-AVC

Le taux élevé d'inactivité chez les personnes ayant subi un AVC porte à croire que ces derniers rencontrent des barrières face à leur engagement dans l'activité physique. À cet effet, Mulligan, Hale, Whitehead et Baxter (2012) soutiennent l'importance de s'intéresser aux barrières à la pratique d'activités physiques chez les personnes atteintes de troubles neurologiques en y précisant les avantages :

La connaissance explicite des barrières à la participation à l'activité physique pourrait aider les professionnels de la santé, les prestataires de loisirs, les planificateurs et les bailleurs de fonds des installations récréatives à surmonter les barrières et à promouvoir des modes de vie plus sains grâce à la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques [traduction libre] (Mulligan et coll., 2012, p. 244).

En cherchant dans les écrits scientifiques, il est possible de constater que déjà plusieurs études se sont intéressées à ce qui fait obstacle ou facilite la pratique d'activités physiques après l'AVC. Les barrières sont relatives à la personne elle-même ou à son environnement (voir l'Annexe A). Plus spécifiquement, les barrières recensées liées à la personne concernent les problèmes de santé (par exemple : séquelles physiques de l'AVC, limitations cognitives, comorbidités, humeur dépressive) (Banks, Bernhardt, Churilov et Cumming, 2012; Blonski et coll., 2014; Hundza et coll., 2016; Lennon, Doody, Ni Choideabh et Blake, 2013; Marzolini et coll., 2016; Nicholson et coll., 2013; Outermans, Pool, van de Port, Bakers et Wittink, 2016; Prout, Brooks, Mansfield, Bayley et McIlroy, 2015), le faible sentiment d'efficacité personnelle perçu (Lennon et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014; Outermans et coll., 2016; Simpson, Eng, Tawashy, English et Olawale, 2011; Wolf et Koster, 2013; Zalewski et Dvorak, 2011) et la peur de tomber ou de subir un second AVC (Jones, Dean, Dear, Hush et Titov, 2016; Lennon et coll., 2013; Nicholson et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014; Outermans et coll., 2016; Simpson et coll., 2011). Quant à l'environnement, il serait plutôt question de difficultés d'accès (par exemple : transport, proximité des centres d'activités physiques ou de loisirs, environnement physique adapté, conditions météorologiques) (Blonski et coll., 2014; Hundza et coll., 2016; Lennon et

coll., 2013; Marzolini et coll., 2016; Nicholson et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014; Outermans et coll., 2016), de coûts trop élevés (Blonski et coll., 2014; Hundza et coll., 2016; Nicholson et coll., 2013) ainsi que d'un manque de soutien social (Blonski et coll., 2014; Lennon et coll., 2013; Zalewski et Dvorak, 2011) ou de suivi des professionnels (Hundza et coll., 2016; Lennon et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014). Pour ce qui est des facilitateurs, ceux-ci sont cohérents avec les barrières recensées et concernent des thèmes similaires à celles-ci tels le sentiment d'efficacité personnelle, les connaissances, l'accessibilité et le soutien social (se référer à l'Annexe A). En outre, certaines barrières à l'engagement dans la pratique d'activités physiques découleraient des professionnels de la santé. En effet, un guide de pratique destiné aux cliniciens et ayant pour objectif de promouvoir l'instauration de programmes d'exercices aérobiques après l'AVC (Mackay-Lyons et coll., 2013) soulève que certaines barrières relèvent du manque de connaissances des professionnels de la santé sur les stratégies pouvant favoriser l'engagement. Il serait aussi parfois question de fausses croyances de leur part (Mackay-Lyons et coll., 2013).

Il s'avère ainsi pertinent d'examiner les outils actuellement disponibles pour guider les professionnels de la santé pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques. Premièrement, dans une perspective de promotion et de soutien de la pratique d'activités physiques chez les aînés, un guide accompagné d'une trousse d'outils est disponible pour les professionnels pour favoriser la pratique d'activités physiques chez les aînés (Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux [CIUSSS] du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016). Ce guide ne s'adresse toutefois pas spécifiquement à la clientèle ayant subi un AVC. À cet effet, Mackay-Lyons et ses collaborateurs (2013), dans leur guide de pratique spécifique à l'AVC, énoncent brièvement certaines stratégies qui concernent le besoin d'éducation et la formation continue des professionnels œuvrant auprès des personnes ayant subi un AVC, mais ces stratégies sont plutôt générales, concernent particulièrement la pratique d'exercices aérobiques et ne tiennent pas compte des spécificités ou des champs d'expertise propres à la pratique des différentes professions pouvant être impliquées dans la promotion de l'activité physique (par exemple : kinésologue, physiothérapeute, éducateur physique, ergothérapeute, sciences infirmières, etc.). Dans la continuité de ce guide, un module d'apprentissage en ligne a ensuite été élaboré spécifiquement pour outiller les physiothérapeutes dans les principes d'application

de programmes d'exercices aérobiques (Réseau Régional des AVC Champlain, Dalhousie University, et Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC, s.d.). Il apparaît ainsi que les stratégies découlant des barrières rencontrées par les personnes ayant subi un AVC pour la pratique d'activités physiques n'ont pas été abordées sous une perspective ergothérapique jusqu'à présent dans les écrits scientifiques. L'ergothérapeute est un des professionnels bien placé pour agir auprès de cette clientèle et favoriser l'engagement dans des activités physiques significatives pour la personne, tel qu'expliqué dans la section suivante.

2.5. Pertinence du rôle de l'ergothérapeute pour faciliter l'engagement dans des activités physiques après l'AVC

D'abord, l'occupation est le centre d'intérêt primordial des ergothérapeutes (Polatajko et coll., 2013). L'occupation, qui se définit « comme toutes les choses que les gens font tous les jours qui sont utiles, significatives et culturellement pertinentes [traduction libre] » (Christiansen et Townsend, 2004, cité dans Wensley et Slade, 2012, p. 86) est utilisée à la fois comme modalité et comme but des interventions par les ergothérapeutes (Fisher, 2014). L'activité physique consiste donc en une occupation pouvant être utilisée par les ergothérapeutes à titre de but ou de modalité. L'activité physique apparaît d'autant plus importante pour l'ergothérapeute considérant qu'elle peut favoriser la poursuite de rôles antérieurs et le maintien de l'identité occupationnelle (Blacker, Broadhurst et Teixeira, 2008; Christiansen et Townsend 2004), qu'elle offre des opportunités d'interactions sociales et améliore la qualité de vie (Cunningham, Wensley, Blacker, Bache et Stonier, 2012). Dans leur étude, Hundza et ses collaborateurs (2016) apportent également une autre perspective en mentionnant qu'il est important de reconnaître que, pour la population ayant subi un AVC, l'activité physique peut consister en des tâches quotidiennes (par exemple, faire la vaisselle, balayer le plancher) et que de faciliter la participation à ces tâches quotidiennes peut augmenter la participation à l'activité physique. Aussi, comme abordée brièvement plus haut, l'activité physique peut aussi prendre la forme de loisirs plus exigeants physiquement (Hildebrand et coll., 2011). En ce sens, plusieurs études ont suggéré que la danse (Borges da Costa, 2012), la marche (Wensley et Slade, 2012) ou le jardinage (York et Wiseman, 2012) pouvaient être utilisées comme modalités en ergothérapie pour favoriser l'engagement des personnes dans des occupations actives.

Ensuite, puisque l'ergothérapeute agit déjà comme un membre important de l'équipe de réadaptation lorsqu'une personne subit un AVC, en l'aidant à reprendre les occupations où elle éprouve des difficultés (par exemple : alimentation, habillage, loisirs, travail, etc.) (OEQ, s.d.), il pourrait également contribuer à favoriser la participation à des activités physiques significatives pour la personne. Comme modalité, l'ergothérapeute peut utiliser la technologie, des aides techniques ou modifier l'environnement ou la façon de faire l'activité afin que celle-ci soit réalisée de façon autonome par la personne (Cunningham et coll., 2012). En d'autres mots, ce professionnel aborde déjà les barrières et facilitateurs et tente de trouver des solutions pour que la personne poursuive ses occupations, et ce, à long terme et en dépit des limitations qui pourraient persister.

Enfin, bien que les ergothérapeutes jouent un rôle important dans la réadaptation post-AVC, plus précisément pour la reprise des occupations, ils sont aussi des acteurs pour la prévention et la promotion de la santé. Comme l'indique le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*, les ergothérapeutes « agissent sur les différentes possibilités occupationnelles et de rendement occupationnel, notamment la défense des intérêts, la promotion de la santé et la prévention auprès des individus recevant des services d'ergothérapie » (ACE, 2012, p. 10). Ainsi, ils ont la possibilité d'agir sur les déterminants de la santé, dont les habitudes de vie et les comportements, mais aussi sur les systèmes (Anctil, Jobin, Pigeon, et Émond, 2012) par leur habileté à revendiquer entre autres (Townsend et coll., 2013). À ce propos, quoique non spécifique à l'ergothérapie, la Charte d'Ottawa visant la promotion de la santé propose des principes intéressants sur lesquels les ergothérapeutes peuvent s'inspirer dans leurs interventions pour une approche de prévention et promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). L'importance de la prévention secondaire des AVC ayant été démontrée dans les paragraphes précédents, le rôle de l'ergothérapeute apparaît d'autant plus important.

2.6. Objectif de recherche

Puisque l'activité physique a été reconnue pour ses bénéfices importants pour les personnes qui ont subi un AVC (Billinger et coll., 2014; Hackam et Spence, 2007; Hildebrand et coll., 2011; Lennon et coll., 2014; Saunders et coll., 2016), qu'elle est recommandée dans le guide

des meilleures pratiques (Lindsay et coll., 2010) et que l'ergothérapeute est un professionnel bien placé pour agir sur les barrières et facilitateurs à cette occupation, il importe que les ergothérapeutes puissent connaître et mettre en application les stratégies pour favoriser l'engagement des survivants d'un AVC dans l'activité physique. Mais quelles sont les actions que les ergothérapeutes peuvent poser pour agir en ce sens? Dans un premier temps, l'objectif de cet essai sera donc d'identifier les interventions basées sur les données probantes pouvant favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC dans le but, par la suite, de formuler des pistes d'action concrètes destinées aux ergothérapeutes pour les guider dans leurs interventions pouvant favoriser la pratique d'activités physiques. Dans un deuxième temps, l'essai explorera l'applicabilité et la pertinence des pistes d'action proposées, telles que perçues par des ergothérapeutes.

3. CADRE CONCEPTUEL

Deux modèles ont guidé cet essai, soit le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) ainsi que la Charte d'Ottawa. Ceux-ci seront expliqués et justifiés dans les sections suivantes.

3.1. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

Le MCREO de Townsend, Polatajko et Craik (2013) est un modèle couramment utilisé dans la pratique en ergothérapie. Ce modèle est issu d'une première version nommée Modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) (ACE, 2002) qui mettait l'accent sur le concept de rendement occupationnel, défini comme « le résultat d'une relation dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation [...] » (Law, Polatajko, Baptiste et Townsend, 1997, p. 52). En d'autres mots, le rendement occupationnel « représente l'actualisation ou la poursuite d'une occupation [...] » (Law et coll., 1997, p. 52). Dans son ensemble, le MCRO est un modèle pertinent pour guider cet essai, car il permet une perspective holistique qui considère l'interaction de plusieurs aspects de la personne, de son environnement et de l'occupation comme résultante du rendement occupationnel. Toutefois, l'évolution du MCRO vers le MCREO est d'autant plus intéressante puisqu'elle adopte une perspective encore plus large en ajoutant au rendement occupationnel l'engagement occupationnel qui réfère au fait de se livrer à une occupation par choix, motivation et signifiante de celle-ci (American Occupational Therapy Association, 2014). L'engagement occupationnel va donc au-delà du simple fait de s'adonner à une occupation. Il « englobe tout ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés » (Polatajko et coll., 2013, p. 28). Dans cet essai, l'objectif est de formuler des pistes d'action qui faciliteront le rendement, mais surtout l'engagement dans la pratique d'activités physiques. Ainsi, il sera de question de formuler des pistes d'action qui tiennent compte de l'interaction entre l'occupation, la personne et l'environnement pour faire en sorte que la personne se sentent davantage motivée et qu'il soit propice pour elle d'adopter l'activité physique comme une activité signifiante faisant partie de son mode de vie à long terme.

Maintenant que les construits du rendement et de l'engagement occupationnels du MCREO ont été définis et leur bien-fondé mis en évidence, il convient d'en faire de même pour

les concepts centraux de ce modèle soit; l'occupation, la personne et l'environnement, qui se divisent eux-mêmes en d'autres dimensions plus spécifiques.

3.1.1 L'occupation

L'occupation est le centre d'intérêt primordial des ergothérapeutes. L'occupation réfère à

« L'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour s'occuper d'elle, c'est-à-dire pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité). » (Law et coll., 1997, p. 38).

Dans le MCREO, les dimensions spécifiques de l'occupation réfèrent aux soins personnels, aux loisirs et à la productivité. En concevant l'activité physique comme une occupation, sous une perspective globale, il est possible que celle-ci soit intégrée à la fois dans la réalisation de soins personnels (ex. : prendre une douche), de loisirs (ex. : faire de la bicyclette) ou d'activités productives (ex. : passer l'aspirateur), tel qu'expliqué plus en détail dans la section suivante.

3.1.2.1 Définition du concept de l'activité physique : occupation ciblée par ce projet

L'activité physique est généralement définie comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (OMS, 2017). À cette définition, Nolin, Prud'homme, Godin, et Hamel (2002) apportent une nuance en ayant une vision plus globale de l'activité physique qui représente « une composante incontournable de notre vie quotidienne [qui], du lever au coucher, s'actualise de multiples façons afin de répondre à tous nos besoins, qu'ils soient essentiels ou non » (Nolin et coll., 2002, p. 1). Ainsi, dans ces circonstances, les termes « activité physique » et « exercice » qui sont souvent utilisés de façon interchangeable, ne pourraient l'être puisque l'exercice correspond plutôt à une sous-catégorie de l'activité physique qui est planifiée, structurée et répétitive et qui a pour but l'amélioration ou le maintien de la forme physique (Caspersen, Powell, et Christenson, 1985). Or, l'exercice se limiterait qu'à un sous-ensemble des activités physiques de loisirs tel que proposé par Nolin et ses collaborateurs (2002). Dans cet essai, il sera question d'activités physiques de façon globale en incluant l'activité physique sous toutes ses formes soit l'activité

physique de loisir, de transport, de travail ainsi que l'activité physique domestique telles que définies par Nolin et ses collaborateurs (2002) (voir le Tableau 1). En fait, le but visé est que les personnes soient plus actives, donc qu'elles s'engagent dans plus d'activités physiques, et ce, peu importe le type d'activité physique.

Tableau 1.
Les types d'activités physiques (Nolin et coll., 2002)

Types d'activités physiques	Définition	Exemple
De loisir	Pratiquées durant les temps libres. Inclut les activités sportives, le conditionnement physique, la danse, etc.	L'entraînement aérobique, la marche rapide, la danse sociale, le yoga, le tai chi
De transport	Inclut toutes les activités physiques utilisées comme moyen de transport, donc qui ont pour but de se rendre quelque part.	La bicyclette, la marche, les déplacements dans les escaliers
De travail	Effectuée dans le cadre d'un emploi ou de l'occupation principale de la personne (travail rémunéré ou bénévole).	Un bénévole dans une banque de dépannage alimentaire qui doit transporter et entreposer des produits alimentaires ou des grands-parents qui gardent leurs petits-enfants pour rendre service
Domestique	Répond aux besoins de base de l'individu et qui n'est pas associée aux autres catégories	Prendre soin de quelqu'un, faire les courses, pelleter la cour, faire le ménage

3.1.2. La personne

Le concept de la personne du MCREO se divise en quatre dimensions : physique, cognitive, affective et spirituelle (voir le Tableau 2). Ces dimensions sont importantes à considérer après l'AVC puisque les survivants d'un AVC sont souvent aux prises avec des séquelles de nature physique, émotionnelle, comportementale et sociale (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Ainsi, de telles séquelles peuvent agir sur les dimensions de la personne et influencer son engagement dans la pratique d'activités physiques. À ce propos, plusieurs barrières à la pratique d'activités physiques abordées plus haut (voir Annexe A), concernent ces dimensions, particulièrement les dimensions affective (ex. : faible sentiment d'efficacité personnelle perçu, peurs, manque de motivation, humeur dépressive) et physique (ex. : séquelles physiques, fatigue, douleur).

Tableau 2.
Les dimensions de la personne (Law et coll., 1997)

Dimension	Définition	Exemples
Physique	Comprend toutes les fonctions sensorielles, motrices et sensori-motrices.	La force musculaire, l'énergie, la douleur, les amplitudes articulaires.
Cognitive	Comprend toutes les fonctions cognitives et intellectuelles.	La pensée, le raisonnement, la mémoire, la planification, la compréhension, la perception.
Affective	Comprend toutes les fonctions sociales et affectives ainsi que leurs facteurs interpersonnels et intrapersonnels	Les émotions, les attitudes, la motivation, la perception de soi.
Spirituelle	Sens que la personne attribue à sa vie.	Valoriser le dépassement de soi, l'épanouissement personnel et/ou de saines habitudes de vie, avoir un désir de reprendre le contrôle sur son corps et sur sa vie

3.1.3. L'environnement

L'environnement se divise aussi en quatre dimensions soit l'environnement physique, social, institutionnel et culturel (voir le Tableau 3). Ces dimensions sont tout autant importantes à considérer pour ce projet. À titre d'exemple, sur le plan de l'environnement physique, la proximité de la résidence de la personne avec les services de loisirs, les centres d'activités physiques, le service de transport ou l'accès à une piste cyclable pourrait avoir un effet sur l'engagement dans la pratique d'activités physiques. Il pourrait en être de même pour l'environnement social, qu'il s'agisse, par exemple, de recevoir du soutien et des encouragements de sa famille ou de ressentir un certain sentiment d'appartenance au fait de participer à une activité physique en groupe. Quant à l'environnement institutionnel, cette dimension permet d'avoir une perspective plus large et envisage les aspects gouvernementaux ou sociaux qui pourraient faciliter ou faire obstacle à la pratique d'activités physiques après l'AVC. Par exemple, il est possible que l'instauration de programmes d'aide à l'activité physique après l'AVC puisse agir à titre de facilitateur.

Tableau 3.
Les dimensions de l'environnement (Law et coll., 1997)

Dimension	Définition	Exemples
Physique	Éléments naturels et construits autour de la personne.	Les édifices, les jardins, les véhicules de transport en commun, la température
Sociale	Liens entre les personnes dans l'environnement.	La famille et les amis, les membres d'un groupe de bénévolat ou de randonnée pédestre
Institutionnelle	Comprend les institutions politiques et sociales de même que les composantes économiques et légales.	L'instauration de programmes d'aide à l'activité physique après l'AVC, campagne de sensibilisation à l'importance de l'activité physique après l'AVC financé par l'État
Culturelle	Aspects ethniques, raciaux, religieux, basés sur le système de valeurs de groupes particulier.	Le fait d'avoir grandi dans un milieu qui valorise les activités physiques et sportives.

3.2. La Charte d'Ottawa

En raison de son approche visant la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa a aussi été utilisée pour guider cet essai. La promotion de la santé se définit comme « le processus qui confère à la population les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS et coll., 1986, p. 1). Par conséquent, la promotion de la santé cible la population de façon générale afin de prévenir la maladie avant que celle-ci n'apparaisse et donc elle s'inscrit dans la prévention de type primaire (OMS, 1999). Malgré que la visée de ce projet s'inscrive plutôt dans un type de prévention secondaire en s'adressant aux survivants d'un AVC, les principes d'intervention de la Charte d'Ottawa s'appliquent bien à la situation de ce projet.

La Charte d'Ottawa propose d'abord quatre stratégies fondamentales pour la promotion de la santé : offrir des conditions préalables à la santé, promouvoir l'idée, conférer les moyens et servir de médiateur. Ces stratégies proposent donc qu'« Il faut sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé [...] ; conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé » (OMS, 1999, p. 2). La Charte d'Ottawa propose également cinq principes d'intervention pour la promotion de la santé : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables à la santé, renforcer l'action communautaire pour la santé, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé (OMS et coll., 1986). Le Tableau 4 offre des exemples illustrant comment ces cinq principes d'intervention pourraient se concrétiser

en prévention secondaire pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques des survivants d'AVC.

Tableau 4.

Principes d'intervention de la Charte d'Ottawa appliqués à la prévention secondaire de l'AVC

Élaborer une politique publique saine
Instaurer un programme gouvernemental d'aide à l'activité physique, qui comprend, par exemple, l'aide de professionnels pour du soutien et un suivi, une aide financière pour adapter de l'équipement (ex. : bicyclette), des tarifs spéciaux pour l'accès à des centres de conditionnement physique.
Créer des milieux favorables
Rendre accessible l'activité physique pour les survivants d'AVC qui peuvent présenter des séquelles limitantes. Ce peut-être en adaptant l'horaire des programmes d'activités physiques et en rendant accessibles les installations et l'équipement pour pratiquer l'activité physique.
Renforcer l'action communautaire pour la santé
Développer des programmes d'activités physiques gratuits et spécifiques aux survivants d'AVC dans les organisations communautaires.
Acquérir des aptitudes individuelles
Sensibiliser et informer les survivants d'AVC concernant l'importance de l'activité physique après l'AVC et ses bénéfices, de même que les outiller davantage en leur proposant des stratégies favorisant l'engagement à long terme.
Réorienter les services en santé
Orienter les services de santé vers une vision davantage axée sur la prévention en offrant une formation sur l'importance de l'activité physique après l'AVC aux professionnels de la santé travaillant auprès de cette clientèle à travers le Québec.

Ce qui est intéressant du MCREO et de la Charte d'Ottawa est qu'ils offrent tous les deux une perspective holistique tenant compte autant d'éléments spécifiques à la personne (ex. : le concept de la personne, acquérir des aptitudes individuelles), d'éléments entourant la personne (ex. : environnement social, créer des milieux favorables) que d'éléments organisationnels plus éloignés de la personne (ex. : l'environnement institutionnel, l'élaboration de politiques publiques saines ou la réorientation des services). Ainsi, ils proposent d'agir à plusieurs niveaux pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC.

4. MÉTHODE

4.1. Devis

Ce projet s'effectue en deux parties. D'abord, une recension des écrits a été effectuée permettant la formulation de pistes d'action pour faciliter l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC. Ensuite, un questionnaire a été conçu afin de valider la pertinence et l'applicabilité de ces pistes d'action auprès d'ergothérapeutes. La section qui suit présente la méthode réalisée dans ce même ordre d'idées.

4.2. Méthode pour la partie 1 : Recensions d'écrits et formulation de pistes d'action

4.2.1. Stratégie de recherche

Les bases de données consultées, les mots-clés utilisés, de même que les critères pour cette recherche apparaissent dans le Tableau 5. Afin d'obtenir une variété de résultats pertinents, plusieurs bases de données ont été consultées. Quant aux mots-clés, ceux-ci ont été choisis afin d'obtenir le plus de résultats susceptibles de répondre à la question de recherche. Plus précisément, une combinaison de mots-clés relatifs aux stratégies d'interventions qui favorisent l'engagement dans la pratique d'activités physiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral a été sélectionnée. Il est aussi à noter que certains groupes de mots-clés ont été recherchés précisément de façon à ce qu'ils apparaissent soit dans le titre (TI) ou dans le résumé (AB). Enfin, d'autres critères d'inclusion ont été ajoutés à cette recherche. Afin d'assurer un niveau de qualité minimal, seules les études révisées par les pairs ont été retenues. De plus, dans un souci de limiter les résultats aux études récentes et compréhensibles pour la lecture, seulement les études plus récentes que 2006 ont été conservées ainsi que celles rédigées dans la langue anglaise ou française.

Tableau 5.
Stratégie de recherche

Bases de données consultées	Mots-clés utilisés	Critères
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDLINE with Full Text ▪ Academic Search Complete ▪ CINAHL with Full Text ▪ PsycINFO ▪ SPORTDiscus with Full Text ▪ Psychology and Behavioral Sciences Collection ▪ Applied Science & Technology Source ▪ Computers & Applied Sciences Complete ▪ Health and Psychosocial Instruments ▪ SocINDEX 	<p>AB (intervention* OR strateg* OR program* OR training OR effect* OR impact* OR efficacy OR effectiveness) AND TI (exercise* OR physical activity OR physical exercise) AND TI (cva OR cardiovascular accident OR stroke OR AVC OR cerebrovascular accident) AND AB (favoris* OR promot* OR enhanc* OR facilit* OR engag* OR motivation* OR self-manag* OR behavioral change OR adherence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révisées par les pairs ▪ Rédigées en français ou en anglais ▪ Plus récentes que 2006

4.2.2. Sélection des études

La sélection des études issues de cette recherche s'est réalisée en deux temps. D'abord, les doublons ont été retirés par *EBSCOhost* et *Endnote*, puis de façon manuelle. Ensuite, la lecture des titres et des résumés a permis d'éliminer les études hors sujet, entre autres, les études qui ne contribuaient pas au développement de recommandations pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques, qui se limitaient à l'activité physique durant la réadaptation ou qui traitaient de prévention primaire seulement.

4.2.3. Extraction et analyse des données

Pour chacun des articles retenus, une grille d'extraction a été complétée comprenant les sections suivantes : but de l'étude, niveau d'évidence, méthode ainsi que résultats et/ou pistes de solutions pertinentes. L'évaluation du niveau d'évidence s'appuie sur la grille proposée par le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2015) (voir le lien suivant : http://www.sign.ac.uk/assets/sign_grading_system_1999_2012.pdf). Ces grilles d'extraction ont permis d'analyser le contenu des articles pour identifier les principes d'interventions qui ressortaient et ensuite les regrouper selon des thématiques communes.

4.2.4 Formulation des pistes d'action

Subséquentement à l'extraction et l'analyse des données des études retenues, une première série de pistes d'action a été formulée en tenant compte des concepts du MCREO, des principes de la Charte d'Ottawa et du concept d'activité physique tel que défini dans cet essai. Ces pistes d'action ont été révisées et validées par Valérie Poulin, directrice d'essai, et finalement soumises aux professionnels ergothérapeutes pour une validation auprès de ceux-ci.

4.3. Méthode pour la partie 2 : Consultation d'ergothérapeutes experts

4.3.1. Recrutement des experts

Trois ergothérapeutes ont été consultés à titre d'experts afin de valider la pertinence et l'applicabilité des pistes d'action proposées. Le recrutement s'est effectué par réseau. En fait, les trois personnes identifiées font partie du réseau de connaissances de madame Valérie Poulin, directrice d'essai. Un courriel expliquant le projet leur a été envoyé afin de savoir si ceux-ci acceptaient de participer. Comme tous ont accepté, le questionnaire leur a été envoyé de même que des questions visant à préciser leur milieu de travail, leur clientèle desservie et leur nombre d'années d'expérience clinique.

4.3.2. Collecte de données

Afin de valider la pertinence et l'applicabilité des pistes d'action formulées, un questionnaire a été développé et envoyé par courriel aux trois ergothérapeutes experts (voir Annexe B). Le questionnaire débutait par une brève mise en contexte du projet et définition des concepts. Ensuite la consigne était de coter sur une échelle de 0 à 10 la pertinence ainsi que l'applicabilité de chacune des 14 pistes d'action proposées. Des cotes supérieures indiquaient un niveau plus élevé de pertinence et d'applicabilité. De plus, ils étaient invités à laisser des commentaires pour justifier leurs réponses.

4.3.3. Analyse des données

Les données descriptives visant à documenter le milieu de pratique, la clientèle et l'expérience clinique des trois ergothérapeutes sont présentées sous forme d'un tableau. Quant aux données quantitatives tirées des échelles de cotation de 0 à 10 sur la pertinence et

l'applicabilité de chacune des pistes d'action, celles-ci sont regroupées dans un diagramme à bandes de façon à comparer les réponses des trois ergothérapeutes pour chaque question. Ces données sont aussi analysées à l'aide de statistiques descriptives, plus spécifiquement l'étendue et les fréquences.

Les données qualitatives de cette recherche, soit les commentaires à l'égard de chacune des recommandations, sont analysées par une analyse de contenu visant à dégager les thèmes saillants concernant les éléments qui influencent la pertinence et l'applicabilité perçues par les experts (Fortin et Gagnon, 2016).

4.4. Considérations éthiques

Tel que confirmé par le comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'obtention d'un certificat éthique n'a pas été requise pour la présente recherche qui visait spécifiquement à recueillir l'avis d'experts sur les pistes d'action proposées. Ceux-ci ont été invités à participer sur une base volontaire, selon leur disponibilité, au moment qu'il leur convenait le mieux.

5. RÉSULTATS

Comme pour la section de la méthode, la présente section décrit, dans un premier temps, les résultats obtenus pour la première partie de la recherche soit la recension des écrits et la formulation de pistes d'action, puis, dans un deuxième temps, les résultats issus de la consultation d'experts ergothérapeutes.

5.1. Résultats pour la partie 1 : Recension des écrits et formulation de pistes d'action

5.1.1. Portrait des études retenues

À partir de la stratégie de recherche établie, 461 études ont été répertoriées dans les bases de données utilisées. L'ajout des critères d'inclusion additionnels (c'est-à-dire, études révisées par les pairs, rédigées en français ou en anglais, publiées après 2006) a permis de conserver 238 études. De celles-ci, 139 études ont été gardées après avoir retiré les doublons. Par la suite, la lecture du titre a permis d'exclure 101 études alors que la lecture du résumé a permis d'en éliminer 9 autres. Subséquemment, la lecture complète des articles a permis de retirer une étude qui était déjà incluse dans une revue systématique retenue. Finalement, 4 études issues d'une recherche manuelle ont été ajoutées pour mener à un total de 32 études dont les données ont été extraites (voir l'Annexe C qui présente les résultats de cette stratégie de recherche). Parmi ces 32 études, huit traitent des barrières et facilitateurs à la pratique d'activités physiques et ont ainsi déjà été mentionnées dans la problématique. De plus, il est à noter que cinq études n'ont pas été utilisées pour la formulation des pistes d'action, soit parce que les résultats n'étaient pas concluants et les thèmes qui s'en sont dégagés n'ont pas émergé dans d'autres études ou qu'ils n'apparaissaient pas pertinents en regard du champ d'expertise de l'ergothérapeute. D'ailleurs, parmi les études extraites pour la formulation des pistes d'action, il appert que plusieurs se rapportent à des programmes d'exercices (Brown et coll., 2014; Harrington et coll., 2010; Lau et coll., 2016; Mansfield et coll., 2016; Patterson et Ross-Edwards, 2009; Poltawski et coll., 2013; Poltawski et coll., 2015; Signal et coll., 2016) et ont ainsi une vision plus restrictive concernant spécifiquement l'exercice, tandis que seulement trois études adoptent une vision plus globale incluant plusieurs types d'activités physiques (ex. : activités physiques de type loisir et domestique) (Morris, 2016; Norris et coll., 2013; Walter, Hale et Smith,

2015). De plus, en s’attardant aux professions des auteurs des études retenues, il est remarqué que la plupart sont des physiothérapeutes ou des kinésiologues.

5.1.2. Synthèse des données probantes et formulation des pistes d’action pour favoriser l’engagement dans des activités physiques à la suite de l’AVC

Pour chacune des études retenues, une grille d’extraction a été complétée (voir l’Annexe D). Le regroupement des thèmes récurrents de ces études a mené à la formulation de 14 pistes d’action pour faciliter l’engagement des survivants de l’AVC dans des activités physiques (voir Annexe E). Globalement, les thèmes relatifs au soutien social, à l’adaptation de l’occupation, à l’autogestion, à l’accessibilité (coûts, transport, programmes communautaires), à la motivation, et à l’éducation et à la sensibilisation de la personne, de sa famille et des autres professionnels ont été identifiés. Quant aux études retenues, la synthèse de guides de pratique de Poltawski et ses collaborateurs (2013) et les recommandations formulées à partir d’une recension d’écrits par des groupes d’experts de l’*American Stroke Association* (Billinger et coll., 2014), qui présentent de hauts niveaux d’évidence, ont été particulièrement utiles à la formulation de plusieurs des pistes d’action proposées. Aussi, les cinq études de Morris et ses collaborateurs (2009, 2012, 2014, 2015 et 2016) présentant des niveaux d’évidence variés (c’est-à-dire, une revue systématique, une revue structurée de la littérature, une étude qualitative et deux textes d’opinion d’experts), ont été fortement utiles pour appuyer et préciser la plupart des principes d’interventions proposés, d’autant plus que certaines de ces études adoptaient une vision plus globale de l’activité physique telle que préconisée dans cet essai. En outre, parmi les autres études utilisées, on compte deux revues systématiques, cinq essais contrôlés randomisés, une revue narrative, deux études de cohorte, une étude de cas, quatre études quantitatives, neuf études de nature qualitative et un texte d’opinion. Les paragraphes suivants présentent les résultats détaillés qui appuient ces 14 pistes d’action.

1. Documenter les préférences et les barrières perçues par la personne quant à la pratique d’activités physiques, notamment par le biais d’une entrevue ou même d’un questionnaire standardisé comme le *Stroke Exercise Preference Inventory (SEPI)* (Bonner, O’Halloran, Bernhardt, et Cumming, 2016).

Les écrits recensés suggèrent qu'il est primordial de comprendre ce qui motive et fait obstacle à la pratique d'activités physiques chez les survivants d'AVC pour ensuite offrir des opportunités d'activités physiques agréables et significatives et adaptées à leurs besoins (Morris, 2016; Törnbom, Sunnerhagen et Danielsson, 2017). Un questionnaire a d'ailleurs été récemment développé à cet effet. Le *Stroke Exercise Preference Inventory (SEPI)*, un questionnaire de 13 questions visant à établir les préférences liées à l'activité physique pour les survivants d'AVC (Bonner et coll., 2016), est proposé comme outil concret pouvant être utilisé en vue de personnaliser les interventions. En fait, il convient de connaître plusieurs éléments pouvant affecter la pratique d'activités physiques, notamment la tolérance du patient, le stade de récupération, l'environnement, le soutien social disponible, les préférences d'activités physiques, les déficiences spécifiques, les limitations d'activité et les restrictions de participation, tels que proposés par Billinger et collaborateurs (2014). Une bonne connaissance de ces éléments est nécessaire pour ensuite faire en sorte que les objectifs d'activités physiques et la prestation d'exercices soient personnalisés à la personne. La concrétisation de cette première piste d'action est donc requise pour actualiser la deuxième piste d'action présentée ci-après.

2. Offrir des conseils personnalisés pour adapter l'occupation de façon à faciliter l'intégration de l'activité physique au quotidien (ex. : jardinage, déplacements dans les escaliers, utilisation de la bicyclette pour se déplacer, participation à un cours de danse). Ces conseils doivent tenir compte des caractéristiques de la personne (ex. : préférences, capacités, expériences antérieures) et de son environnement social et physique.

Tel que mentionné dans le paragraphe précédent, les objectifs d'activités physiques et la prestation d'exercices pour la personne doivent être personnalisés et adaptés à la personne (Billinger et coll., 2014; Poltawski et coll., 2013; Poltawski et coll., 2015). À ce propos, Morris (2016) insiste sur l'importance de proposer des activités physiques qui correspondent à l'identité de la personne. Par exemple, s'entraîner dans un centre de conditionnement physique n'est pas une activité qui correspond à l'identité ou aux expériences antérieures de tous. Ainsi, il est fondamental de bien documenter les préférences et les barrières perçues par la personne telle que le suggère la piste d'action 1 pour offrir des conseils personnalisés. Aussi, les résultats d'une

revue systématique menée par Morris, Macgillivray et McFarlane (2014) incluant 11 études montrent que les conseils personnalisés seuls ou combinés à un programme d'exercices structuré et adapté à la personne sont plus efficaces pour favoriser la participation à long terme à des activités physiques que les conseils généraux combinés à un même programme d'exercices. Ces résultats sont également cohérents avec l'étude qualitative descriptive de Signal et ses collaborateurs (2016) qui a relevé que le fait d'offrir un programme qui convient à la personne selon ses besoins, son âge, son horaire, ses limitations suite à l'AVC et ses préférences quant au type d'activités physiques sont des facteurs favorisant l'engagement et l'acceptabilité des programmes d'activités physiques.

3. Adapter l'occupation, notamment par la gradation d'activité, de façon à diminuer les peurs et à créer des expériences positives où la personne se sent compétente en vue de favoriser l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle.

Bon nombre d'études mentionnent que le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle est particulièrement important pour favoriser l'activité physique après l'AVC et devrait être visé par les interventions (Morris, Oliver, Kroll et MacGillivray, 2012; Nicholson et coll., 2014; Norris et coll., 2013; Shaughnessy et Resnick, 2009; Simpson et coll., 2011). Effectivement, un faible sentiment d'efficacité personnelle est souvent identifié comme une barrière importante à la pratique d'activités physiques, notamment en raison des conséquences de l'AVC sur la dimension affective (ex. : faible confiance en ses capacités, peurs, fausses croyances, etc.) (Nicholson et coll., 2014; Simpson et coll., 2011). Afin de favoriser un meilleur sentiment d'efficacité personnelle, Morris (2016) propose d'évaluer les peurs de la personne pour créer des expériences positives qui réduisent ces peurs et augmentent le sentiment d'efficacité personnelle. De plus, il serait pertinent d'explorer et d'adapter l'activité aux préférences, à la capacité et aux expériences antérieures de la personne (Morris, 2016). En ce même sens, l'étude qualitative de Nicholson et ses collaborateurs (2014) propose la gradation d'activité et la persuasion comme moyens pour atteindre ce même objectif. De manière similaire,

Signal et ses collaborateurs (2016) recommandent de faire vivre des succès et d'identifier les gains comme autres façons d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

4. Coacher la personne pour l'amener à devenir responsable de son comportement en matière de santé. Il est pertinent, notamment, de laisser la personne choisir l'occupation dans laquelle elle désire s'engager, la guider à établir elle-même ses objectifs, l'habiliter à faire face aux obstacles qu'elle rencontre ou qu'elle est susceptible de rencontrer ainsi que l'habiliter à gérer et moduler elle-même son niveau d'activité physique sans excéder ses limites.

Certaines études démontrent que les programmes d'autogestion pour les survivants d'un AVC qui utilisent une approche holistique et multifactorielle offrent certains avantages dans l'amélioration de l'activité physique (Jones, Dean, Hush, Dear et Titov, 2015) et s'avèrent ainsi très prometteurs (Billinger et coll., 2014). En ce sens, le développement des compétences d'autogestion pour le maintien de l'activité physique est recommandé (Poltawski et coll., 2013). D'ailleurs, plusieurs études identifient l'autogestion comme un élément facilitateur (Morris et coll., 2015; Resnick et coll., 2008) ou une composante à inclure dans les programmes d'activités physiques (Norris et coll., 2013). Plus précisément, l'établissement d'objectifs par la personne (Gill et Sullivan, 2011; Shaughnessy et Resnick, 2009), le fait de laisser la personne choisir l'activité dans laquelle elle veut s'engager (Walter et coll., 2015), et de favoriser la résolution de problèmes (Brown et coll., 2014; Gill et Sullivan, 2011; Mansfield et coll., 2016; Poltawski et coll., 2013; Shaughnessy et Resnick, 2009; Walter et coll., 2015) sont particulièrement intéressants à inclure dans les interventions visant l'autogestion.

5. Utiliser des stratégies motivationnelles et comportementales avec le client telles que l'entrevue motivationnelle pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques au quotidien.

Tel que l'indiquent Jurkiewicz, Marzolini, et Oh (2011), Nicholson et ses collaborateurs (2013) ainsi que Törnbom et ses collaborateurs (2017), le manque de motivation fait partie des

barrières à l'engagement dans la pratique d'activités physiques que rencontrent les survivants d'un AVC. Bon nombre d'études proposent des stratégies motivationnelles ou comportementales pour surmonter cette barrière importante. Pour quelques-unes d'entre elles, il s'agit d'une composante d'un programme qui s'est avéré efficace (Gill et Sullivan, 2011; Norris et coll., 2013; Walter et coll., 2015). D'autres études s'en tiennent qu'à suggérer l'utilisation de stratégies motivationnelles et comportementales de façon générale (Morris et Williams, 2009; Signal et coll., 2016) alors que certaines sont plus spécifiques et proposent précisément l'entrevue motivationnelle (Gillham et Endacott, 2010; Poltawski et coll., 2013; Walter et coll., 2015).

6. Offrir un soutien psychologique ou référer à un autre professionnel qualifié afin d'aider la personne à surmonter les enjeux liés à la dimension affective (ex. : symptômes dépressifs, manque de motivation, craintes face à l'attitude des autres face au handicap après l'AVC) pouvant influencer l'engagement dans des activités physiques.

Deux études ont relevé l'importance d'offrir un soutien psychologique pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC (Morris et coll., 2012; Norris et coll., 2013). Dans leur revue de la littérature, Morris et ses collaborateurs (2012) conseillent d'offrir un soutien psychologique afin de surmonter les barrières motivationnelles telles que les symptômes dépressifs, le manque de motivation et les craintes liées au handicap et à l'image de soi après l'AVC. En ce qui concerne l'étude qualitative de Norris et ses collaborateurs (2013), les interventions psychologiques font partie des composantes sur lesquelles un programme d'activités physiques qui s'est avéré efficace mettait l'accent.

7. Sensibiliser et éduquer la personne et sa famille sur les bénéfices de l'activité physique (ex. : maintien de la santé, amélioration fonctionnelle, prévention d'un second AVC) et les fausses croyances quant à celle-ci (ex. : l'activité physique est propice à réduire le risque d'un second AVC plutôt que de l'augmenter et permet de réduire la fatigue). Enseigner des stratégies de gestion de l'énergie au besoin également.

Près de la moitié du nombre total d'études retenues soulève l'importance de l'éducation pour faciliter l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC. Quelques études soulignent notamment la peur de subir un second AVC, la peur de tomber ou de perdre l'équilibre (Nicholson et coll., 2013; Simpson et coll., 2011; Törnbohm et coll., 2017), le manque de connaissances quant à l'importance des saines habitudes de vie pour prévenir un second AVC (Billinger et coll., 2014; Simpson et coll., 2011) et la fatigue (Törnbohm et coll., 2017) comme des barrières liées à un manque de connaissances ou à de fausses croyances face à l'activité physique. Or, informer les survivants d'un AVC sur les bienfaits de l'activité physique (Billinger et coll., 2014; Morris et coll., 2012; Nicholson et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014; Shaughnessy et Resnick, 2009), démystifier les fausses croyances quant à l'activité physique (Billinger et coll., 2014; Morris et coll., 2012; Morris, 2016; Norris et coll., 2013) et même intégrer un volet éducationnel supplémentaire dans les programmes d'activités physiques (Gill et Sullivan, 2011; Gillham et Endacott, 2010; Harrington et coll., 2010) s'avèrent des interventions fortement recommandées. De plus, l'étude qualitative de Poltawski et ses collaborateurs (2015) suggère de mettre l'accent sur les nombreux bienfaits de l'activité physique lors de la promotion des programmes d'exercices post-AVC.

8. Offrir des opportunités et des outils pour soutenir l'activité physique à long terme (ex. : fournir des idées d'exercices facilement réalisables à la maison, favoriser un soutien social à long terme par le biais de l'environnement familial ou par des références vers des ressources de la communauté).

Afin d'assurer que les survivants d'AVC maintiennent leur engagement dans des activités physiques à long terme, il est essentiel de leur offrir des opportunités et des outils pour qu'ils y parviennent (Brown et coll., 2014). Différents auteurs proposent des façons d'actualiser cette piste d'action. Certains proposent que les professionnels fournissent un suivi supplémentaire (Gillham et Endacott, 2010; Jurkiewicz et coll., 2011; Morris, 2016; Nicholson et coll., 2014; Patterson et Ross-Edwards, 2009) pour pallier au manque de soutien (Nicholson et coll., 2014), alors que d'autres proposent de référer à des organismes de la communauté (Nicholson et coll., 2013; Poltawski et coll., 2013) pour permettre aux personnes de connaître les activités

disponibles. Pour leur part, Harrington et ses collaborateurs (2010) et Poltawski et ses collaborateurs (2013) soumettent des idées pour favoriser la pratique d'activités physiques à la maison, soit par l'utilisation d'un minimum d'équipement (Poltawski et coll., 2013) ou en fournissant un manuel d'exercices facilement réalisables à la maison (Harrington et coll., 2010). Enfin, plusieurs auteurs soutiennent l'importance d'intégrer l'environnement social en impliquant la famille (Harrington et coll., 2010; Nicholson et coll., 2013; Poltawski et coll., 2013) ou en référant à des activités physiques de groupe après l'AVC (Nicholson et coll., 2014; Patterson et Ross-Edwards, 2009).

9. Sensibiliser le personnel soignant et les autres professionnels de la santé gravitant autour de la personne sur l'importance de l'activité physique après l'AVC.

Deux études soulèvent la pertinence de sensibiliser les professionnels de la santé sur l'importance de l'activité physique après l'AVC. Billinger et ses collaborateurs (2014) suggèrent de l'éducation aux professionnels sur les bénéfices de l'activité physique tandis que Morris et Williams (2009) recommandent que d'autres professionnels (autres que les physiothérapeutes) s'engagent dans la promotion de l'activité physique.

10. Coacher la famille pour favoriser l'adoption d'attitudes et de comportements favorables au développement d'un sentiment d'efficacité personnelle chez la personne (ex.: encourager et valoriser les petits succès, guider la personne tout en évitant la surprotection).

Plusieurs études appuient l'importance d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle (Morris et coll., 2012; Nicholson et coll., 2014; Norris et coll., 2013; Shaughnessy et Resnick, 2009; Simpson et coll., 2011) ainsi que l'importance du soutien et de l'inclusion des proches dans les interventions (Harrington et coll., 2010; Jurkiewicz et coll., 2011; Nicholson et coll., 2013; Poltawski et coll., 2013; Resnick et coll., 2008; Törnbohm et coll., 2017). À ce propos, les résultats de la revue de littérature de Morris et ses collaborateurs (2012) abondent également en ce sens en précisant qu'il faut impliquer toute la famille et aborder avec elle leurs attitudes et leurs

croyances face à leur rôle de façon à favoriser un meilleur sentiment d'efficacité personnelle lors du soutien de leur proche ayant subi un AVC et ainsi éviter qu'ils aient un rôle excessif ou critique, par exemple, un proche qui planifierait un horaire intensif d'exercices pour la personne ayant subi un AVC ou qui émettrait plusieurs commentaires sur sa façon d'effectuer les mouvements, qui pourrait, au contraire, désengager la personne de la pratique d'activités physiques.

11. Proposer à la personne de participer à des activités physiques en groupe, incluant idéalement d'autres personnes ayant subi un AVC, et offrant un environnement social soutenant.

Pas moins d'une dizaine d'études ont fait ressortir la pertinence d'utiliser le format de groupe pour favoriser le soutien social lors des activités physiques (Banks et coll., 2012; Billinger et coll., 2014; Gill et Sullivan, 2011; Jurkiewicz et coll., 2011; Morris et coll., 2012; Morris, 2016; Nicholson et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014; Patterson et Ross-Edwards, 2009; Poltawski et coll., 2013; Signal et coll., 2016; Simpson et coll., 2011). D'ailleurs, bon nombre de ces études l'ont identifié comme étant un facilitateur ou un facteur motivant (Banks et coll., 2012; Nicholson et coll., 2013; Nicholson et coll., 2014; Signal et coll., 2016; Simpson et coll., 2011). Spécifiquement, les résultats de l'étude quantitative de Jurkiewicz et ses collaborateurs (2011) démontrent que l'adhésion à un programme d'exercices qui incluait des exercices à domicile et en groupe a décliné suite à l'arrêt des séances en groupe. De plus, certains auteurs recommandent spécifiquement la participation à des activités physiques en groupe qui incluent d'autres personnes ayant subi un AVC (Morris et coll., 2012; Morris, 2016; Patterson et Ross-Edwards, 2009).

12. Plaidoyer et collaborer à des partenariats entre les professionnels de la santé et les groupes communautaires pour le développement de programmes d'activités physiques communautaires qui incluent aussi un volet éducatif sous forme d'échanges avec, par exemple, des personnes significatives qui viennent discuter de leur expérience ou des professionnels de la santé.

Plaidoyer et collaborer à des partenariats entre les professionnels de la santé et les groupes communautaires pour le développement de programmes d'activités physiques communautaires est préconisé, entre autres, car cela peut faciliter la promotion de la santé et la participation à long terme à des activités physiques (Billinger et coll., 2014). En fait, selon l'étude quantitative de Banks et ses collaborateurs (2012), les survivants d'AVC auraient une préférence pour l'activité physique dans les centres de conditionnement physique. Poltawski et ses collaborateurs (2015) abondent en ce sens en rapportant que d'offrir des programmes démedicalisés, c'est-à-dire non donnés par des cliniciens et ailleurs que dans un établissement de santé, est susceptible d'attirer plus de personnes. Il serait donc intéressant de développer des partenariats en vue de développer des groupes d'activités physiques tenant compte de cette préférence, et ce, d'autant plus que le peu de programmes post-AVC existants est une barrière à la pratique d'activités physiques perçue par les survivants d'AVC (Simpson et coll., 2011). Enfin, les résultats de l'essai randomisé d'Harrington et collaborateurs (2010) appuient la pertinence de créer des programmes communautaires qui incluent un volet d'exercice et d'éducation sous forme d'échanges entre les participants. Il en est de même pour l'essai randomisé de Gill et Sullivan (2011) qui appuie l'importance d'un volet éducatif complet dans les programmes de prévention secondaire de l'AVC.

13. Plaidoyer pour un environnement institutionnel et physique favorisant l'accessibilité à des services et ressources appropriées en lien avec la pratique d'activités physiques (ex. : aide financière, accessibilité à du transport, à des équipements et à des professionnels formés) pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques.

L'accès et la disponibilité des programmes d'activités physiques (Nicholson et coll., 2013; Signal et coll., 2016), l'accès à du transport (Morris et coll., 2015; Nicholson et coll., 2013; Signal et coll., 2016) ainsi que les coûts liés à la pratique d'activités physiques (Nicholson et coll., 2013) font partie des éléments facilitants ou faisant obstacle à la pratique d'activités physiques. Par conséquent, certains auteurs suggèrent d'offrir des opportunités d'activités physiques pour les personnes ayant des limitations (Morris et Williams, 2009), de rendre accessible et disponible le transport jusqu'aux installations (Billinger et coll., 2014; Morris, 2016; Morris et Williams, 2009)

et de retirer les barrières liées aux coûts (Billinger et coll., 2014; Morris, 2016). En outre, Morris et Williams (2009) ainsi que Patterson et Ross-Edwards (2009) recommandent la disponibilité de soutien par des professionnels ou entraîneurs de même que l'accès à de l'équipement approprié.

14. Contribuer à former les acteurs de l'environnement social gravitant autour de la personne lors de ses loisirs et de ses activités physiques (p. ex. : personnel soignant, intervenants offrant des services de loisirs et d'activités physiques) sur les stratégies favorisant l'engagement de la personne ayant subi un AVC dans des activités physiques significatives. Il peut s'agir de stratégies favorisant l'apprentissage (p. ex. : aide-mémoire, démonstration, soutien), la motivation (ex. : implication de la famille et de la communauté, favoriser le sentiment d'efficacité personnelle) ou des conseils sur l'adaptation d'activité.

Comme le rapportent Nicholson et ses collaborateurs (2013) à la suite de leur revue systématique, les facteurs sociaux sont d'une grande importance pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques. Ainsi, les acteurs de l'environnement social, entre autres, la communauté est à privilégier. Dans ce même ordre d'idées, Billinger et ses collaborateurs (2014) soutiennent que les survivants d'un AVC devraient avoir accès à des conseils sur les exercices par des instructeurs ayant des connaissances et une formation appropriée. De plus, assurer la présence d'un professionnel formé lors de l'activité physique constitue un moyen d'encourager et sécuriser les personnes ayant subi un AVC (Morris et coll., 2012). Il serait également intéressant selon Morris et Williams (2009) d'établir des partenariats avec la communauté pour développer et évaluer les façons d'éduquer les professionnels dans la communauté concernant la prestation d'exercices post-AVC. En cohérence avec ce même auteur, cela permettrait que plus de professionnels s'engagent dans la promotion et prestation d'activités physiques et fournissent du soutien pour favoriser l'engagement des survivants d'AVC dans des activités physiques (Morris et Williams, 2009). Plus spécifiquement, il faudrait enseigner aux différents acteurs de l'environnement social des stratégies permettant de faciliter l'engagement des survivants d'AVC dans l'activité physique, notamment des stratégies pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de cette clientèle (Simpson et coll., 2011) et pour répondre à ses besoins (Banks et coll., 2012).

5.2. Résultats pour la partie 2 : Consultation d'ergothérapeutes experts

5.2.1. Description des experts consultés

Trois ergothérapeutes ont été consultés à titre d'experts. Le Tableau 6 décrit le profil de ces trois ergothérapeutes en précisant leur milieu de travail, leur clientèle desservie (interne ou externe), le pourcentage de leur clientèle ayant subi un AVC ainsi que leur nombre d'années d'expérience clinique.

Tableau 6.
Description des experts consultés

	Expert 1	Expert 2	Expert 3
Milieu clinique	Centre de réadaptation	Centre de réadaptation	Prévention et promotion de la santé auprès de personnes de 50 ans et plus
Clientèle externe ou interne	Externe	Externe	Externe
Pourcentage de la clientèle ayant subi un AVC	>75%	50%	3%
Nombre d'années d'expérience clinique	12 ans	17 ans	26 ans

5.2.2. Avis sur l'applicabilité et la pertinence des pistes d'action

Les Figures 1 et 2 ci-dessous présentent les cotes attribuées par les ergothérapeutes experts sur la pertinence et l'applicabilité des 14 pistes d'action formulées.

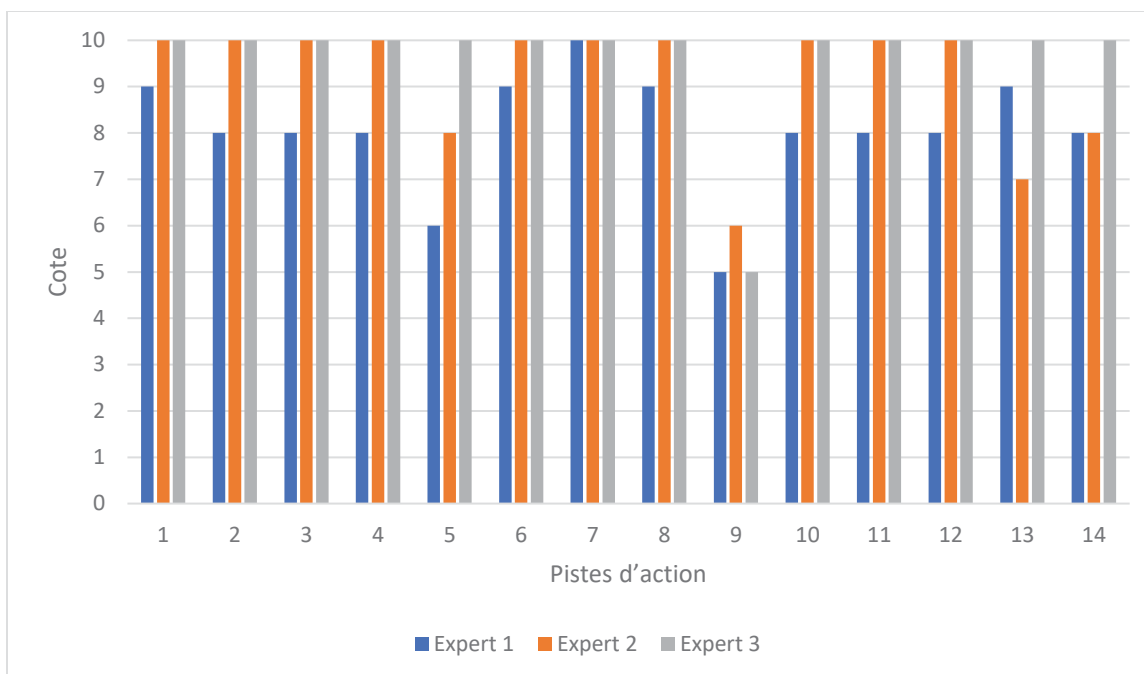


Figure 1. Cotes attribuées sur la pertinence des pistes d'action

En se référant à la Figure 1, il est possible de constater que les ergothérapeutes s'entendent pour dire que toutes les pistes d'action sont au moins moyennement pertinentes étant donné qu'ils leur ont toutes donné une cote de 5 et plus sur 10. Pas moins de 11 des 14 pistes d'action (soit les pistes d'action 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12 et 14) ont obtenu une cote égale ou supérieure à 8 par tous les ergothérapeutes experts. En outre, en fixant ce seuil à une cote supérieure ou égale à 9 par tous les ergothérapeutes, cela permet de cibler les pistes 1, 6, 7 et 8 comme étant les plus pertinentes. Notamment, la piste d'action 7, qui porte sur la l'éducation et la sensibilisation de la personne et sa famille, a obtenu un consensus en ayant été jugée extrêmement pertinente par tous les ergothérapeutes experts. Dans les commentaires exprimés pour cette piste d'action, l'expert 1 met l'accent sur l'importance de l'enseignement des stratégies de gestion de l'énergie qui est primordiale à son avis, de même que la compréhension du nouveau fonctionnement suite à l'AVC pour la personne et sa famille. Quant à l'expert 3, il élargit la cible et l'ampleur de cette piste d'action en suggérant de « sensibiliser et éduquer plus largement par des stratégies politiques, plaider envers les décideurs, promouvoir, conscientiser la communauté (les ressources de la communauté) sur les bénéfices de l'activité physique et les fausses croyances ». Toutefois, il apparaît que la piste d'action 9 qui porte sur la

sensibilisation du personnel soignant et des autres professionnels est moins pertinente que les autres en ayant obtenu des cotes de 5 ou 6. À ce sujet, les ergothérapeutes consultés précisent que la plupart du personnel soignant et des professionnels seraient déjà sensibilisés. Les extraits suivants illustrent ce fait : « Le personnel soignant et les professionnels de la santé sont pour la plupart bien conscients de l'importance de l'activité physique après l'AVC » (expert 2) et « Moindrement pertinent, car selon besoin » (expert 3).

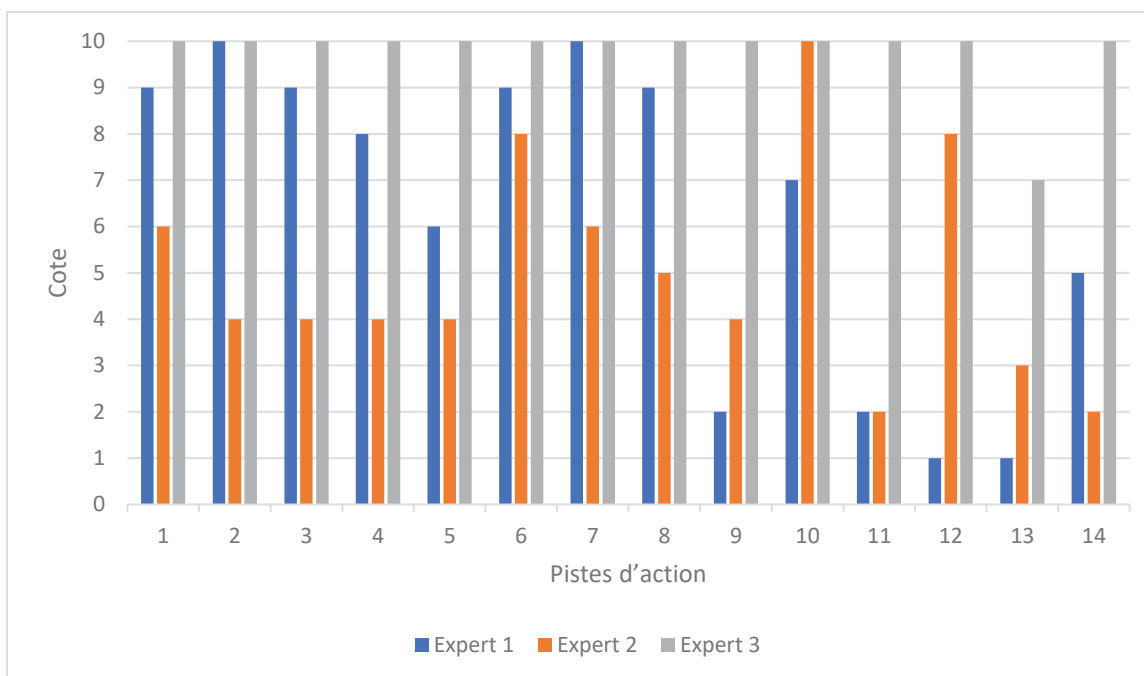


Figure 2. Cotes attribuées sur l'applicabilité des pistes d'action

En ce qui a trait à l'applicabilité, les résultats présentés dans la Figure 2 suggèrent un consensus beaucoup plus faible des ergothérapeutes que pour la pertinence. En effet, les cotes attribuées s'étendent de 1 à 10. Comparativement aux résultats obtenus pour la pertinence, aucune piste d'action n'a obtenu de note égale ou supérieure à 9 par tous les ergothérapeutes. Or, trois pistes d'action, soit les pistes d'action 6, 7 et 10, qui proposent d'offrir du soutien psychologique ou de référer à un autre professionnel, de sensibiliser et éduquer la personne et sa famille concernant l'activité physique et de coacher la famille pour favoriser le sentiment d'efficacité personnelle chez la personne, apparaissent les plus applicables. À l'inverse, la piste 11, qui conseille de recommander l'activité physique en groupe, ainsi que la piste 13, qui suggère de plaider pour un environnement institutionnel et physique favorisant l'accessibilité à des

services et des ressources appropriées en lien avec la pratique d'activités physiques, se présentent comme les moins applicables en ayant obtenu des cotes plus faibles par les ergothérapeutes experts. Notamment la piste 13 a obtenu des cotes variant entre 1 et 7, alors que les autres pistes ont toutes obtenu au moins une cote de 10 par l'expert 3.

Le contexte et le milieu de travail, le travail interdisciplinaire et le manque de ressources pour le développement communautaire sont des éléments qui ressortent dans les commentaires comme influençant l'applicabilité des pistes d'action.

Relativement au milieu de travail, l'expert 3, qui œuvre dans un milieu clinique de prévention et promotion de la santé, accorde majoritairement des notes d'applicabilité beaucoup plus élevées que les deux autres œuvrant en centre de réadaptation. Cependant, malgré que les ergothérapeutes experts 1 et 2 travaillent tous les deux en centre de réadaptation, des écarts sont tout de même observés entre leurs cotes. Effectivement, ces deux répondants présentent des écarts entre leurs cotes d'au moins 4 points sur près de la moitié des 14 pistes d'action. Cela suggère que le contexte de travail peut aussi influencer l'applicabilité des pistes d'action. En fait, selon l'expert 3, l'applicabilité dépend du contexte de travail, plus particulièrement des différents professionnels présents :

« L'applicabilité des interventions personnalisées dépend de l'organisation du travail dans les équipes et des différents professionnels présents. Par exemple, l'utilisation de la bicyclette est davantage adressée en physiothérapie et en kinésiologie, mais le type ou l'adaptation de la bicyclette pourrait nécessiter des interventions ergothérapiques dans mon milieu » (expert 2).

Ainsi, certaines tâches pourraient être plus ou moins applicables par les ergothérapeutes ou partagées selon les professionnels présents au sein de l'organisation, mais aussi selon la répartition des tâches du milieu de travail. À ce sujet, l'expert 2 mentionne que « Si la nature de l'activité est davantage physique, la gradation de l'activité sera davantage faite en kinésiologie ou en physiothérapie. Si l'activité concerne des tâches domestiques, l'ergothérapie jouera un rôle de premier plan » (expert 2).

Ces propos sont aussi étroitement liés au travail interdisciplinaire. À ce sujet, il est intéressant de constater que les pistes d'action les plus applicables (6, 7 et 10) qui concernent

l'éducation à la personne et ses proches de même que le soutien psychologique sont des interventions déjà appliquées, et ce, souvent en interdisciplinarité. Les extraits qui suivent le démontrent ainsi : « Nous avons déjà réalisé cette intervention en équipe de réadaptation [...] » (expert 2) et « En équipe, impliquer les autres intervenants, dont la travailleuse sociale afin d'aider la famille à comprendre l'approche utilisée et les informer » (expert 1). Le travail d'équipe est donc un élément important pouvant favoriser l'applicabilité des pistes d'action.

Enfin, les pistes 11, 12 ,13 et 14, qui concernent le développement communautaire impliquant soit de plaider et de développer des groupes communautaires éducatifs d'activités physiques, de plaider pour un environnement physique et institutionnel accessible et de contribuer à former les acteurs sociaux de la communauté ont toutes reçu des cotes inférieures justifiées notamment par un manque de ressources. Par exemple, les extraits suivants illustrent ce manque de ressources : « Approche intéressante, mais demande une volonté et vision de l'organisation en ce sens pour pouvoir le faire. Dans le contexte de pratique actuelle, peu voire pas de temps est alloué à cela » (expert 1), « Voilà un chantier à développer! Il faut créer des services pour les AVC en phase chronique pour promouvoir leur maintien en communauté et leur qualité de vie. Et il ne faut pas attendre après le CIUSSS... » (expert 2), « Si on avait une clinique de suivi ponctuel long terme... on pourrait peut-être le faire... » (expert 2). L'expert 2 mentionne même pour la piste d'action 13, qui suggère de plaider pour des environnements physiques et institutionnels accessibles, que celle-ci dépasse le niveau clinique. Ceci peut aussi illustrer un manque de ressources important.

6. DISCUSSION

La section suivante discutera de l'atteinte des objectifs de cette recherche ainsi que de la concordance entre les résultats obtenus et les données trouvées dans les écrits scientifiques. Également, des liens seront établis entre les résultats obtenus et les cadres théoriques utilisés. De plus, les forces et les limites de cette recherche, les conséquences et les retombées pour la pratique en ergothérapie de même que des avenues de recherches seront discutées. Tel que pour les sections précédentes, cette section discutera d'abord des éléments relatifs à la recension d'écrits et à la formulation des pistes d'action puis des éléments relatifs à la pertinence et à l'applicabilité de ces pistes d'action perçues par les experts consultés.

Rappelons que cette étude visait à identifier les principes d'intervention facilitant l'engagement des survivants d'AVC dans la pratique d'activités physiques en vue de formuler des pistes d'action possibles en ergothérapie, puis à valider la pertinence et l'applicabilité de celles-ci par des experts ergothérapeutes.

6.1. Discussion sur les principes d'intervention facilitant l'engagement des survivants d'AVC dans la pratique d'activités physiques et les pistes d'action en découlant pour les ergothérapeutes

Dans un premier temps, la recension d'écrits effectuée dans cet essai a permis d'identifier différents principes d'intervention concernant la mise en place de soutien social, l'adaptation de l'occupation (référant ici aux différents types d'activités physiques), l'autogestion par la personne, l'accessibilité (ex. : coûts, transport, programmes communautaires), la motivation, l'éducation ainsi que la sensibilisation de la personne, sa famille et du personnel soignant sur l'activité physique (ex. : bénéfices, fausses croyances, stratégies). En s'appuyant sur ces principes d'interventions et sur le cadre conceptuel de cet essai, 14 pistes d'action ont ainsi été formulées.

6.1.1. Concordance entre les pistes d'action proposées et les barrières et facilitateurs recensés

Il est possible de constater que les thèmes relatifs aux barrières et aux facilitateurs identifiés initialement dans la problématique de cet essai (voir l'Annexe A) concordent avec les thèmes des pistes d'action proposées. Effectivement, les barrières et les facilitateurs relevés plus tôt concernent des thèmes liés au sentiment d'efficacité personnelle, à l'éducation (ex. : peurs,

connaissance des bénéfices, fausses croyances), au soutien social (ex. : par la famille ou par des professionnels), à la motivation et à l'accessibilité des services (ex. : coûts, transport). De manière similaire, les pistes d'action proposées s'appuient sur ces mêmes thèmes, en plus des thèmes de l'adaptation de l'occupation et de l'autogestion, qui n'avaient pas été relevés pour les barrières et facilitateurs. Considérant l'importance de la connaissance explicite des barrières à la pratique d'activités physiques afin de promouvoir des modes de vie sains pour les personnes atteintes de troubles neurologiques (Mulligan et coll., 2012), il était souhaitable que les pistes d'action proposées dans cet essai s'arriment avec les barrières et les facilitateurs identifiés. Ainsi, la grande similitude entre ces éléments laisse croire que les pistes d'action proposées s'appuient sur des thèmes pertinents et susceptibles d'être utiles aux professionnels et autres acteurs impliqués afin de favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques après l'AVC.

6.1.2. Liens avec le MCREO

En comparant le contenu des pistes d'action avec les différents domaines et dimensions du MCREO (Polatajko et coll., 2013), il est notable que les principes d'interventions liés à l'adaptation de l'occupation, aux dimensions affectives et cognitives de la personne ainsi qu'à son environnement social ressortent principalement.

D'abord, l'importance de l'adaptation de l'occupation et de la valorisation de l'engagement dans des activités physiques significantes et importantes pour la personne ressort des pistes d'action 1 à 4, ce qui est concordant avec le champ d'action de l'ergothérapeute (ACE, 2012).

Ensuite, concernant les dimensions de la personne, la dimension cognitive de la personne est soutenue par les pistes d'action 2, 4 et 7, qui concernent l'éducation ou le coaching de la personne en vue qu'elle acquière des habiletés ou des connaissances pour favoriser son engagement dans la pratique d'activités physiques. La prédominance de la dimension cognitive accentue l'importance d'éduquer et de sensibiliser la personne sur l'activité physique, de même que de la guider afin qu'elle en vienne à gagner elle-même des habiletés pour favoriser son engagement dans la pratique d'activités physiques. Quant à la dimension affective, celle-ci est appuyée par les pistes d'action proposant des stratégies liées au sentiment d'efficacité personnelle (3, 10), à la motivation (5), au soutien psychologique (6) et aux peurs ou fausses

croyances (3, 7). La prédominance de la dimension affective souligne qu'au-delà des séquelles physiques de l'AVC, les séquelles affectives comme des symptômes dépressifs, un manque de motivation, une perturbation de l'image de soi et des peurs, peuvent entraver l'engagement dans la pratique d'activités physiques et qu'il importe de les aborder dans nos interventions. De plus, la majorité des barrières relatives à la personne qui ont été recensées dans l'Annexe A concernent la dimension affective, ce qui rehausse d'autant plus l'importance d'agir sur cette dimension.

Relativement à l'environnement social, plusieurs pistes d'action, soit les pistes 7, 9, 10, 11 et 14, concernent l'activité physique en groupe ou la sensibilisation et l'éducation du personnel soignant, de la famille ou d'autres acteurs sociaux. Le grand nombre de pistes d'action qui concernent l'environnement social soutient l'importance d'agir non seulement auprès de la personne elle-même, mais de son entourage social proche (ex. : famille, amis) et moins proche (ex. : professionnels, intervenants en loisirs).

6.1.3. Liens avec la Charte d'Ottawa

En lien avec la Charte d'Ottawa (OMS et coll., 1986) faisant également partie du cadre conceptuel de cet essai, il appert que l'ensemble des pistes d'action proposées rejoignent toutes au moins un des cinq principes d'intervention proposés par la Charte d'Ottawa. À titre d'exemple, le principe qui consiste à créer des milieux favorables est représenté par toutes les pistes d'action susceptibles d'impliquer des modifications de l'environnement physique par l'adaptation (pistes d'action 3 et 13) ou des modifications de l'environnement social par l'éducation et la sensibilisation des acteurs entourant la personne (pistes d'action 7, 9, 10, 14). Comme autre exemple, lorsque c'est la personne elle-même qui est sensibilisée ou qui reçoit une certaine forme d'éducation (pistes d'action 4, 7, 8), il s'agit plutôt du principe d'acquérir des aptitudes individuelles. Le fait que l'ensemble des principes d'intervention proposés par la Charte d'Ottawa soient tous représentés démontre une certaine globalité quant aux pistes d'action proposées.

6.1.4. Pertinence d'adopter une vision globale du concept d'activité physique pour promouvoir le rôle de l'ergothérapeute dans l'application des pistes d'action

Tel que constaté précédemment, plusieurs des études retenues proposaient des pistes d'interventions se rapportant à des programmes d'exercices spécifiques, induisant ainsi une

vision plutôt restrictive du concept d'activité physique (Brown et coll., 2014; Harrington et coll., 2010; Lau et coll., 2016; Mansfield et coll., 2016; Patterson et Ross-Edwards, 2009; Poltawski et coll., 2013; Poltawski et coll., 2015; Signal et coll., 2016). À l'inverse très peu d'études proposaient des pistes d'interventions incluant plusieurs types d'activités physiques (Morris, 2016; Norris et coll., 2013; Walter et coll., 2015) comme des loisirs ou des activités domestiques exigeantes physiquement. Rappelons que l'ergothérapie était très peu représentée parmi les professions dont étaient issus les auteurs de ces études. Toutefois, des études menées auprès d'autres populations, dont celles de Borges da Costa (2012), Cunningham et ses collaborateurs (2012), Wensley et Slade (2012) et York et Wiseman (2012), qui justifient la pertinence d'aborder les activités physiques telles la danse en groupe, la marche et le jardinage selon une perspective ergothérapique, rappellent que l'ergothérapeute peut effectivement jouer un rôle pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques au quotidien. Cette vision de l'activité physique, pouvant prendre la forme de la participation à différentes activités de loisirs, est également cohérente avec le contenu d'autres documents actuellement disponibles visant à outiller les professionnels de la santé à favoriser la pratique d'activités physiques chez une population d'aînés en général. En effet, un document repéré précédemment, soit la *Trousse d'outils pour favoriser la pratique de l'activité physique chez les aînés* (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016) aborde également les activités physiques, sous forme de loisirs, afin d'encourager les aînés à demeurer actifs. Ce document très complet couvre à 2 ou 3 éléments près l'ensemble des thèmes abordés pour les pistes d'action formulées, ce qui laisse, une fois de plus, croire que les pistes d'action proposées sont holistiques. Mentionnons que ce guide met aussi de l'avant la pertinence du développement communautaire pour soutenir la pratique d'activités physiques, ce qui est concordant avec les recommandations du présent essai.

6.2. Discussion sur la pertinence et l'applicabilité des pistes d'action

Dans un deuxième temps, la pertinence et l'applicabilité de ces 14 pistes d'action ont été validées auprès de trois ergothérapeutes experts. L'analyse des cotes attribuées par les experts consultés concernant la pertinence et l'applicabilité des pistes d'intervention proposées suggère un meilleur consensus pour leur pertinence que leur applicabilité dans la pratique.

6.2.1. Perception de la pertinence des pistes d'action

Dans l'ensemble, les pistes d'action proposées apparaissent pertinentes pour les ergothérapeutes consultés travaillant dans différents milieux. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes ont reconnu leur rôle à travers ces pistes d'action et ont ainsi perçu la pertinence de celles-ci dans leur pratique. Effectivement, en prenant connaissance du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), il est possible de constater que plusieurs des pistes d'action se rattachent aux compétences d'expert en habilitation de l'occupation, de collaborateur, d'agent de changement et de praticien érudit de l'ergothérapeute.

La compétence d'expert en habilitation de l'occupation propose que les ergothérapeutes « Travail[ent] efficacement à titre d'expert centré sur le client, l'occupation, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle » (ACE, 2012, p. 7) et qu'ils sont aptes à « Procéder à une évaluation complète et adéquate du rendement occupationnel » (ACE, 2012, p. 7). Cela concorde avec les pistes d'action 1, 2 et 3, qui suggèrent une certaine démarche d'évaluation en documentant notamment les préférences, les barrières, les capacités, les expériences antérieures en lien avec l'activité physique ainsi que des interventions liées au rendement et à la participation occupationnelles telles offrir des conseils personnalisés et adapter l'occupation.

Selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), les ergothérapeutes agissant comme collaborateurs ne collaborent pas seulement avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Ils collaborent aussi avec d'autres membres de la collectivité et « travail[ent] en étroite collaboration dans un milieu donné ou [...] f[ont] partie de groupes élargis travaillant dans plusieurs établissements et dans la communauté au sens large. » (ACE, 2012, p. 3). Cela est cohérent avec les pistes d'action 12 et 14 qui impliquent de collaborer avec des agents externes soit pour le développement de programmes d'activités physiques dans la communauté, soit pour contribuer à former divers acteurs de l'environnement social.

Les ergothérapeutes sont aussi considérés comme des agents de changement. De ce fait, faire des revendications pour leurs clients et travailler avec eux pour apporter des changements positifs visant à améliorer les programmes et les services du système de santé fait partie de leurs compétences (ACE, 2012). En ce sens, les pistes d'action 12 et 13, qui proposent de plaider en

vue de développer des programmes d'activités physiques communautaires et des environnements physiques et institutionnels accessibles pour les survivants d'AVC, s'inscrivent dans leur champ de pratique.

Enfin, le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012) énonce dans la section praticien érudit qu'« À titre d'éducateur, les ergothérapeutes facilitent l'apprentissage des clients, des membres d'équipes et d'autres apprenants. » (ACE, 2012, p. 3). Cette compétence coïncide avec les pistes d'action 4, 7, 9, 10, 14, qui incluent toutes l'éducation, la sensibilisation ou le coaching de la personne, de la famille, des membres du personnel soignant ou de la communauté.

Par conséquent, les ergothérapeutes possèdent les compétences nécessaires pour appliquer la plupart des pistes d'action qui concordent avec leur rôle. Dans le cas contraire, le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012) stipule également que les ergothérapeutes sont en mesure de reconnaître les limites de leur expertise personnelle et qu'ils sont ainsi capables de « Démontrer qu'il[s] peu[ven]t, au besoin, consulter efficacement, adéquatement et au moment opportun d'autres professionnels de la santé en vue d'optimiser les services offerts aux clients. » (ACE, 2012, p. 7). En ce sens, ils peuvent faire preuve de collaboration avec d'autres professionnels plus qualifiés dans le cas où ils ne se sentent pas les mieux placés ou qu'ils désirent intervenir de manière conjointe avec d'autres professionnels pour optimiser les services, tel que l'ont d'ailleurs mentionné les experts consultés.

6.2.2. Perception de l'applicabilité des pistes d'action

Les pistes d'action proposées sont généralement perçues pertinentes par les ergothérapeutes interrogés, mais plus ou moins applicables selon le milieu et le contexte de travail, l'équipe interdisciplinaire et les ressources disponibles.

Concernant l'applicabilité, il est possible de remarquer que les pistes d'action qui impliquent la personne elle-même (ex. : les dimensions de la personne du MCREO ou le fait d'acquérir des aptitudes individuelles comme suggéré par la Charte d'Ottawa) et son environnement proche (ex. : l'environnement social du MCREO), sont perçues comme plus applicables par les ergothérapeutes interrogés. Ces pistes d'action s'insèrent plus facilement

dans la pratique actuelle en rejoignant des acteurs tels la famille ou la personne elle-même avec qui l'ergothérapeute est souvent déjà en contact. À l'inverse, les pistes d'action qui consistent en des interventions à un niveau éloigné de la personne (ex. : environnement institutionnel, élaboration d'une politique publique saine, réorientation des services en santé) et impliquant la compétence de collaborateur avec la communauté ou d'agent de changement sont perçues moins applicables par les experts consultés. D'ailleurs, pour la piste d'action 13, qui propose de revendiquer pour un environnement physique et institutionnel accessible, l'expert 2 est d'avis que cela dépasse le niveau clinique, et apparaît donc très peu applicable. Le fait que les ergothérapeutes perçoivent les interventions à un niveau plus éloigné de la personne comme moins applicables pourrait entre autres s'expliquer par le fait que les modèles de pratique en ergothérapie en milieu communautaire sont beaucoup moins développés actuellement que les modèles de pratique à un niveau individuel (Braveman, 2016). À ce propos, Carrier et Raymond (2017) précisent que « malgré toutes les possibilités qu'elle laisse présager, la pratique communautaire ergothérapique n'a pas encore atteint son plein essor » (Carrier et Raymond, 2017, p. 3). Parmi les obstacles à la pratique communautaire invoqués, il y a le manque de ressources financières ou physiques (Carrier et Raymond, 2017). Or, dans un contexte où les ergothérapeutes interrogés soulèvent le problème des ressources limitées, il n'est pas étonnant qu'ils perçoivent plus applicables les interventions à petite échelle qui impliquent moins de démarches et moins de temps que les interventions de plus grande envergure comme celles impliquant la communauté.

Aussi, en s'attardant aux cotes attribuées par les experts consultés et au milieu de travail de ces derniers, on remarque que le manque de ressources pourrait être fortement lié au milieu et au contexte de travail. En fait, seul l'expert œuvrant déjà dans un milieu destiné à la prévention et la promotion de la santé n'a pas noté le manque de ressources de l'organisation dans ses commentaires et perçoit la majorité des pistes d'action comme totalement applicables. Il est donc possible que la prévention et la promotion de la santé ne soient pas une priorité actuelle pour certaines institutions, notamment les centres de réadaptation, et qu'ainsi ces institutions allouent moins de ressources à cet effet.

De plus, selon les commentaires des ergothérapeutes consultés, les pistes d'action les plus applicables font déjà partie de leur pratique actuelle et se font souvent en équipe interdisciplinaire. Ainsi, les pistes d'action qui s'inscrivent bien dans la pratique actuelle et qui sont soutenues par un travail interdisciplinaire apparaissent plus applicables pour eux. Cela rehausse donc l'importance de la compétence de collaborateur des ergothérapeutes puisqu'elle semble influencer positivement l'application des pistes d'action. De plus, puisque le contexte et le milieu de travail déterminent les professionnels présents et la répartition des tâches entre eux, influençant ainsi l'interdisciplinarité, il apparaît juste d'affirmer que le contexte et le milieu de travail peuvent également influencer l'applicabilité des pistes d'action pour les ergothérapeutes.

En lien avec la Charte d'Ottawa (OMS et al., 1986), les aspects d'interdisciplinarité et de collaboration s'avèrent également intéressants pour faciliter l'application des pistes d'action impliquant des interventions à un niveau éloigné de la personne et qui sont perçues comme moins applicables par les experts consultés. La stratégie « servir de médiateur » proposée par la Charte d'Ottawa souligne l'importance de l'action concertée de tous les intervenants incluant les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales ainsi que l'industrie et les médias pour la promotion de la santé (OMS et al., 1986). En ce sens, il pourrait être avantageux que les ergothérapeutes et les autres intervenants au sens large s'allient et collaborent entre eux afin de faciliter l'application des pistes d'action perçues moins applicables.

6.3. Forces et limites de la recherche

Cette recherche présente plusieurs forces ainsi que certaines limites. Comme première force, les pistes d'action s'appuient sur plusieurs études et relèvent donc de principes d'interventions récurrents dans plusieurs de ces études sélectionnées. Toutefois, il faut considérer une certaine limite due au fait que les niveaux d'évidence sont très variés et donc que certaines pistes d'action s'appuient sur des principes d'interventions suggérés par des études d'un faible niveau d'évidence. Comme deuxième force, cette recherche ne s'en est pas tenue qu'à une recension d'écrits et à la formulation de pistes d'action, mais elle a aussi obtenu l'avis d'ergothérapeutes experts provenant de différents milieux quant à la pertinence et l'applicabilité des pistes d'action proposées, ce qui ajoute une perspective intéressante. Il importe toutefois de

reconnaître les limites du petit échantillon d'experts ainsi que de l'utilisation d'un questionnaire maison développé par l'étudiante avec la consultation de sa directrice. Comme troisième force, puisque plusieurs études relevées s'en tiennent qu'à formuler des barrières et facilitateurs à la pratique d'activités physiques, la formulation de pistes d'action concrètes apparaît comme une force pour faciliter l'application de stratégies par les ergothérapeutes. Finalement, la dernière force de cette recherche réside dans la justification de la pertinence du rôle de l'ergothérapeute qui, a priori, peut sembler moins central que celui du kinésiologue ou du physiothérapeute.

6.4. Conséquences de l'étude sur la pratique en ergothérapie

En premier lieu, cette recherche permet de sensibiliser les ergothérapeutes et même les autres professionnels travaillant auprès de cette clientèle à l'importance de la prévention secondaire après l'AVC, notamment par la pratique d'activités physiques. En deuxième lieu, cette recherche peut contribuer à guider et outiller les ergothérapeutes dans leurs interventions visant l'engagement dans la pratique d'activités physiques en proposant des pistes d'action concrètes. Finalement, cette recherche permet d'élargir la vision du concept d'activités physiques en incluant les tâches domestiques, les moyens de transport, le travail et certains loisirs permettant ainsi d'offrir des activités physiques qui correspondent à l'identité et aux préférences de chaque personne et d'intégrer davantage l'ergothérapeute dans ce type d'intervention.

7. CONCLUSION

L'engagement dans la pratique d'activités physiques au quotidien est une façon de prévenir plusieurs maladies, notamment une récurrence d'AVC (Lennon et coll., 2014), ainsi que de contribuer à la qualité de vie. Or, malgré les nombreux bénéfices de l'activité physique, les survivants d'AVC sont très inactifs (Ashe et coll., 2008) et rencontrent plusieurs barrières à leur engagement dans la pratique d'activités physiques au quotidien.

Dans un premier temps, cet essai critique propose 14 pistes d'action aux ergothérapeutes afin de faciliter l'engagement dans la pratique d'activités physiques chez les survivants d'AVC. Les pistes d'action proposées relèvent des thèmes relatifs à la mise en place de soutien social, à l'adaptation de l'occupation, à l'autogestion de l'occupation par la personne, à l'accessibilité (coûts, transport, programmes communautaires), à la motivation et à l'éducation et la sensibilisation de la personne, sa famille et le personnel soignant sur l'activité physique (ex. : bénéfices, fausses croyances, stratégies). L'ensemble des pistes d'action propose d'intervenir selon une vision holistique en tenant compte des dimensions de la personne, de l'occupation et de l'environnement.

Dans un deuxième temps, cet essai critique a permis de recueillir l'avis d'experts ergothérapeutes quant à la pertinence et l'applicabilité des 14 pistes d'action proposées. L'analyse des résultats suggère un meilleur consensus pour la pertinence que l'applicabilité dans la pratique. Les pistes d'action proposées sont généralement perçues pertinentes, mais plus ou moins applicables selon le milieu et le contexte de travail, l'équipe interdisciplinaire et le manque de ressources. De plus, les principes d'interventions proposés agissant sur des éléments près de la personne (ex. : éduquer la personne et sa famille sur les bénéfices de l'activité physique) apparaissent plus applicables et font souvent déjà partie des interventions réalisées par les ergothérapeutes interrogés. À l'inverse, les principes d'interventions agissant sur des éléments éloignés de la personne (ex. : plaider pour un environnement institutionnel et physique accessible), sont perçues moins applicables. Évidemment, étant donné le faible nombre d'experts consultés pour cette recherche, il serait pertinent, pour les recherches futures, d'obtenir l'avis

d'un plus grand nombre d'experts ergothérapeutes. Il pourrait également être intéressant de mener une étude où les participants ergothérapeutes seraient invités, dans un premier temps, à appliquer les 14 pistes d'action proposées avec leur clientèle afin d'obtenir, dans un second temps, leur perception sur ce qui facilite ou fait obstacle à l'application de ces pistes d'action dans leur pratique. Enfin, étant donné la faible applicabilité perçue des pistes d'action impliquant la plaidoirie, il pourrait être pertinent de s'intéresser particulièrement à la perception des ergothérapeutes quant à leurs compétences d'agent de changement et leur habileté à plaider, notamment pour le développement communautaire visant la prévention et la promotion de la santé.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Suivi des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/report-rapport-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Effets d'un AVC*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/stroke-accident_vasculaire_cerebral/effects-effets-fra.php
- Agence de la santé publique du Canada. (2011a). *Bienfaits de l'activité physique*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/02paap-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2011b). *Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada - Faits saillants sur les AVC 2011*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/index-fra.php>
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: domain & process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-48.
- Anctil, H., Jobin, L., Pigeon, M., & Émond, A. (2012). *La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2103843>
- Ashe, M. C., Eng, J. J., Miller, W. C., & Soon, J. A. (2007). Disparity between physical capacity and participation in seniors with chronic disease. *Medicine and science in sports and exercise*, 39(7), 1139-1146.
- Ashe, M. C., Miller, W. C., Eng, J. J., & Noreau, L. (2008). Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology*, 55(1), 64-72.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Repéré à <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. ([1997] 2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Banks, G., Bernhardt, J., Churilov, L., & Cumming, T. B. (2012). Exercise preferences are different after atroke. *Stroke Research & Treatment*, 1-9. doi: 10.1155/2012/890946
- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., . . . Tang, A. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(8), 2532-2553. doi: 10.1161/STR.0000000000000022

- Blacker, D., Broadhurst, L., & Teixeira, L. (2008). The role of occupational therapy in leisure adaptation with complex neurological disability: a discussion using two case study examples. *NeuroRehabilitation*, 23(4), 313-319.
- Blonski, D. C., Covert, M., Gauthier, R., Monas, A., Murray, D., O'Brien, K. K., . . . Huijbregts, M. (2014). Barriers to and facilitators of access and participation in community-based exercise programmes from the perspective of adults with post-stroke aphasia. *Physiotherapy Canada*, 66(4), 367-375. doi: 10.3138/ptc.2013-70
- Bonner, N. S., O'Halloran, P. D., Bernhardt, J., & Cumming, T. B. (2016). Developing the stroke exercise preference inventory (SEPI). *PLOS ONE*, 11(10), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0164120
- Borges da Costa, A. L. (2012). Circle dance, occupational therapy and wellbeing: the need for research. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-116. doi: 10.4276/030802212X13286281651315
- Braveman, B. (2016). Population health and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 7001090010p-7001090016.
- Brown, C., Fraser, J. E., Inness, E. L., Wong, J. S., Middleton, L. E., Poon, V., . . . Mansfield, A. (2014). Does participation in standardized aerobic fitness training during inpatient stroke rehabilitation promote engagement in aerobic exercise after discharge? A cohort study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 21(1), 42-51. doi: 10.1310/tsr21S1-S42
- Büla, C. (2016). Physical activity and cognitive function in older persons. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin & Sporttraumatologie*, 64(2), 14-18.
- Carrier, A., & Raymond, M.H. (2017). L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution. *Actualités ergothérapiques*, 19(4), 3-4.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126-131.
- Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2016). *Trousse d'outils pour favoriser la pratique de l'activité physique chez les aînés*. Repéré à https://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/05/Cahier-introduction_web.pdf
- Christiansen, C., & Townsend, E. A. (2004). *Introduction to occupation: the art of science and living*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Cumming, T. B., Tyedin, K., Churilov, L., Morris, M. E., & Bernhardt, J. (2012). The effect of physical activity on cognitive function after stroke: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 557-567.
- Cunningham, C., Wensley, R., Blacker, D., Bache, J., & Stonier, C. (2012). Occupational therapy to facilitate physical activity and enhance quality of life for individuals with complex neurodisability. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 106-110. doi: 10.4276/030802212X13286281651234
- Edwards, D. F., Hahn, M., Baum, C., & Dromerick, A. W. (2006). The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: the official Journal of National Stroke Association*, 15(4), 151-157.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 96-107. doi: 10.3109/11038128.2014.952912
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (2016). Qu'est-ce qu'un AVC? Repéré à <http://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc>
- Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fullerton, A., Macdonald, M., Brown, A., Ho, P.-L., Martin, J., Tang, A., . . . Brooks, D. (2008). Survey of fitness facilities for individuals post-stroke in the Greater Toronto Area. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 33(4), 713-719.
- Gill, L., & Sullivan, K. A. (2011). Boosting exercise beliefs and motivation through a psychological intervention designed for poststroke populations. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(5), 470-480. doi: 10.1310/tsr1805-470
- Gillham, S., & Endacott, R. (2010). Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(9), 822-830. doi: 10.1177/0269215510367970
- Godbout, S., Goldberger, J., Dupont, G., Mansour, S., Rosenthal, S., & Robert, V. (2017). Prévention d'un second AVC. Repéré à <http://www.strokengine.ca/fr/patient-info/la-prevention-dun-deuxieme-avc-information-pour-le-patient/>
- Gouvernement du Canada. (2017). Accidents vasculaires cérébraux au Canada : faits saillants du système canadien de surveillance des maladies chroniques. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/accident-vasculaire-cerebral-canada-fiche-technique.html>

- Hackam, D. G., & Spence, J. D. (2007). Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke a quantitative modeling study. *Stroke*, 38(6), 1881-1885.
- Harrington, R., Taylor, G., Hollinghurst, S., Reed, M., Kay, H., & Wood, V. A. (2010). A community-based exercise and education scheme for stroke survivors: a randomized controlled trial and economic evaluation. *Clinical Rehabilitation*, 24(1), 3-15.
- Hildebrand, M., Brewer, M., & Wolf, T. (2011). The impact of mild stroke on participation in physical fitness activities. *Stroke Research & Treatment*, 1-6. doi: 10.1155/2012/548682
- Hundza, S., Quartly, C., Kim, J. M., Dunnett, J., Dobrinsky, J., Loots, I., . . . Temple, V. A. (2016). Similar barriers and facilitators to physical activity across different clinical groups experiencing lower limb spasticity. *Disability & Rehabilitation*, 38(14), 1370-1381. doi: 10.3109/09638288.2015.1101789
- Ivey, F. M., Hafer-Macko, C. E., & Macko, R. F. (2006). Exercise rehabilitation after stroke. *NeuroRx: the Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 3(4), 439-450.
- Jones, T. M., Dean, C. M., Dear, B. F., Hush, J. M., & Titov, N. (2016). An internet survey of the characteristics and physical activity of community-dwelling Australian adults with acquired brain injury: exploring interest in an internet-delivered self-management program focused on physical activity. *Disability and Health Journal*, 9(1), 54-63. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.08.004
- Jones, T. M., Dean, C. M., Hush, J. M., Dear, B. F., & Titov, N. (2015). A systematic review of the efficacy of self-management programs for increasing physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury (ABI). *Systematic Reviews*, 4(51), 1-17. doi: 10.1186/s13643-015-0039-x
- Jurkiewicz, M. T., Marzolini, S., & Oh, P. (2011). Adherence to a home-based exercise program for individuals after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(3), 277-284. doi: 10.1310/tsr1803-277
- Kara, S., & Ntsiea, M. V. (2015). The effect of a written and pictorial home exercise prescription on adherence for people with stroke. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 26, 33-41.
- Kerr, A., Rowe, P., Esson, D., & Barber, M. (2016). Changes in the physical activity of acute stroke survivors between inpatient and community living with early supported discharge: an observational cohort study. *Physiotherapy*, 102(4), 327-331.

- Krueger, H., Koot, J., Hall, R. E., O'Callaghan, C., Bayley, M., & Corbett, D. (2015). Prevalence of Individuals experiencing the effects of stroke in Canada trends and projections. *Stroke*, 46(8), 2226-2231.
- Lau, C., Chitussi, D., Elliot, S., Giannone, J., McMahon, M.-K., Sibley, K. M., . . . Salbach, N. M. (2016). Facilitating community-based exercise for people with stroke: cross-sectional e-survey of physical therapist practice and perceived needs. *Physical Therapy*, 96(4), 469-478. doi: 10.2522/ptj.20150117
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans Association canadienne des ergothérapeutes (dir.), *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Lennon, O., Galvin, R., Smith, K., Doody, C., & Blake, C. (2014). Lifestyle interventions for secondary disease prevention in stroke and transient ischaemic attack: a systematic review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(8), 1026-1039. doi: 10.1177/2047487313481756
- Lennon, O. C., Doody, C., Ni Choisdealbh, C., & Blake, C. (2013). Barriers to healthy-lifestyle participation in stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36(4), 354-361. doi: 10.1097/MRR.0b013e3283643d48
- Lindsay, M., Gubitz, G., Bayley, M., Hill, M., Singh, S., & Phillips, S. (2010). *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010)*. Repéré à http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2011/04/2010BPR_FRENCH.pdf
- Mackay-Lyons, M., Macko, R., Janice Eng, S. B., Hafer-Macko, C., Neville Suskin, A. T., Giacomantonio, N., . . . Che, M. (2013). *Aerobic exercise recommendations to optimize best practices in care after stroke*. Repéré à <http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/AEROBICS-FINAL-July-2013.pdf>
- Mansfield, A., Knorr, S., Poon, V., Inness, E. L., Middleton, L., Biasin, L., . . . Brooks, D. (2016). Promoting optimal physical exercise for life: an exercise and self-management program to encourage participation in physical activity after discharge from stroke rehabilitation— a feasibility study. *Stroke Research & Treatment*, 1-10. doi: 10.1155/2016/9476541
- Marzolini, S., Balitsky, A., Jagroop, D., Corbett, D., Brooks, D., Grace, S. L., . . . Oh, P. I. (2016). Factors affecting attendance at an adapted cardiac rehabilitation exercise program for individuals with mobility deficits poststroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 25(1), 87-94. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.08.039

- Marzolini, S., Oh, P., McIlroy, W., & Brooks, D. (2013). The effects of an aerobic and resistance exercise training program on cognition following stroke. *Neurorehabilitation And Neural Repair*, 27(5), 392-402. doi: 10.1177/1545968312465192
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(8), 1035-1042.
- Morris, J., Oliver, T., Kroll, T., & MacGillivray, S. (2012). The importance of psychological and social factors in influencing the uptake and maintenance of physical activity after stroke: a structured review of the empirical literature. *Stroke Research & Treatment*, 1-20.
- Morris, J. H. (2016). Body, person and environment: why promoting physical activity (PA) with stroke survivors requires holistic thinking. *Brain Impairment*, 17(1), 3-15. doi: 10.1017/BrImp.2016.4
- Morris, J. H., Macgillivray, S., & McFarlane, S. (2014). Interventions to promote long-term participation in physical activity after stroke: a systematic review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(5), 956-967. doi: 10.1016/j.apmr.2013.12.016
- Morris, J. H., Oliver, T., Kroll, T., Joice, S., & Williams, B. (2015). From physical and functional to continuity with pre-stroke self and participation in valued activities: a qualitative exploration of stroke survivors', carers' and physiotherapists' perceptions of physical activity after stroke. *Disability & Rehabilitation*, 37(1), 64-77. doi: 10.3109/09638288.2014.907828
- Morris, J. H., & Williams, B. (2009). Optimising long-term participation in physical activities after stroke: exploring new ways of working for physiotherapists. *Physiotherapy*, 95(3), 228-234.
- Mulligan, H. F., Hale, L. A., Whitehead, L., & Baxter, G. D. (2012). Barriers to physical activity for people with long-term neurological conditions: a review study. *Adapted Physical Activity Quarterly (APAQ)*, 29(3), 243-265.
- Nicholson, S., Sniehotta, F. F., Wijck, F., Greig, C. A., Johnston, M., McMurdo, M. E. T., . . . Mead, G. E. (2013). A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke. *International Journal of Stroke*, 8(5), 357-364. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00880.x
- Nicholson, S. L., Donaghy, M., Johnston, M., Sniehotta, F. F., van Wijck, F., Johnston, D., . . . Mead, G. (2014). A qualitative theory guided analysis of stroke survivors' perceived barriers and facilitators to physical activity. *Disability & Rehabilitation*, 36(22), 1857-1868. doi: 10.3109/09638288.2013.874506

- Nolin, B., Prud'homme, D., Godin, G., & Hamel, D. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec.
- Norris, M., Kilbride, C., Mohagheghi, A., Victor, C., Jones, T. M., & Dean, C. M. (2013). Exercise instructor-led functional training programme for community dwelling stroke survivors: a qualitative study. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 20(12), 597-605.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (s.d.). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux*. Repéré à <https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/AVC.pdf>
- Organisarion mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Repéré à http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf
- Organisarion mondiale de la santé. (2017). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé - Activité physique. Repéré à <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
- Organisarion mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-charte/pdf/chartre.pdf>
- Outermans, J., Pool, J., van de Port, I., Bakers, J., & Wittink, H. (2016). What's keeping people after stroke from walking outdoors to become physically active? A qualitative study, using an integrated biomedical and behavioral theory of functioning and disability. *BMC Neurology*, 16(137), 1-10. doi: 10.1186/s12883-016-0656-6
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC. (s.d.). L'exercice aérobique après l'AVC : guide du patient. Repéré à http://www.canadianstroke.ca/wp-content/uploads/2015/03/CPSR_Guide_Patients-French_WEB3.pdf
- Patterson, S., & Ross-Edwards, B. (2009). Long-term stroke survivors' needs and perceptions of an exercise maintenance model of care. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 16(12), 659-669.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend, H. J. Polatajko, et N. Cantin (dir.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p.15-44; traduit par N. Cantin). Ottawa, ON : Publications ACE.

- Poltawski, L., Abraham, C., Forster, A., Goodwin, V. A., Kilbride, C., Taylor, R. S., & Dean, S. (2013). Synthesising practice guidelines for the development of community-based exercise programmes after stroke. *Implementation Science (IS)*, 8(115), 1-14. doi: 10.1186/1748-5908-8-115
- Poltawski, L., Boddy, K., Forster, A., Goodwin, V. A., Pavey, A. C., & Dean, S. (2015). Motivators for uptake and maintenance of exercise: perceptions of long-term stroke survivors and implications for design of exercise programmes. *Disability & Rehabilitation*, 37(9), 795-801. doi: 10.3109/09638288.2014.946154
- Prout, E. C., Brooks, D., Mansfield, A., Bayley, M., & McIlroy, W. E. (2015). Patient characteristics that influence enrollment and attendance in aerobic exercise early after stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(5), 823-830. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.005
- Rand, D., Eng, J. J., Liu-Ambrose, T., & Tawashy, A. E. (2010). Feasibility of a 6-month exercise and recreation program to improve executive functioning and memory in individuals with chronic stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(8), 722-729. doi: 10.1177/1545968310368684
- Rand, D., Eng, J. J., Tang, P.-F., Jeng, J.-S., & Hung, C. (2009). How active are people with stroke? Use of accelerometers to assess physical activity. *Stroke*, 40(1), 163-168.
- Réseau régional des AVC Champlain, Dalhousie University & Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC. (s.d.). Aerobics Online. Repéré à <https://www.strokengine.ca/elearning/eaerobics/>
- Resnick, B., Michael, K., Shaughnessy, M., Kopunek, S., Nahm, E. S., & Macko, R. F. (2008). Grand rounds. Motivators for treadmill exercise after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(5), 494-502.
- Saunders, D. H., Sanderson, M., Hayes, S., Kilrane, M., Greig, C. A., Brazzelli, M., & Mead, G. E. (2016). Physical fitness training for stroke patients. *The Cochrane Library*, (3), 1-411 doi: 10.1002/14651858.CD003316.pub6
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2015). *SIGN 50: a guideline developers' handbook quick reference guide*. Repéré à http://www.sign.ac.uk/assets/sign_grading_system_1999_2012.pdf
- Shaughnessy, M., & Resnick, B. M. (2009). Using theory to develop an exercise intervention for patients post stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(2), 140-146. doi: 10.1310/tsr1602-140

- Shaughnessy, M., Resnick, B. M., & Macko, R. F. (2006). Testing a model of post-stroke exercise behavior. *Rehabilitation Nursing: the official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 31(1), 15-21.
- Signal, N., McPherson, K., Lewis, G., Kayes, N., Saywell, N., Mudge, S., & Taylor, D. (2016). What influences acceptability and engagement with a high intensity exercise programme for people with stroke? A qualitative descriptive study. *NeuroRehabilitation*, 39(4), 507-517. doi: 10.3233/NRE-161382
- Simpson, L. A., Eng, J. J., Tawashy, A. E., English, C., & Olawale, O. A. (2011). Exercise perceptions among people with stroke: barriers and facilitators to participation. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(9), 520-530.
- Thilarajah, S., Clark, R. A., & Williams, G. (2016). Wearable sensors and Mobile Health (mHealth) technologies to assess and promote physical activity in stroke: a narrative review. *Brain Impairment*, 17(1), 34-42. doi: 10.1017/BrImp.2016.1
- Törnbom, K., Sunnerhagen, K. S., & Danielsson, A. (2017). Perceptions of physical activity and walking in an early stage after stroke or acquired brain injury. *PLOS ONE*, 12(3), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0173463
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapie de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p.103-158; traduit par N. Cantin). Ottawa, ON : Publications ACE.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Craik, J. (2013). Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels. Dans E. A. Townsend, H. J. Polatajko, N. Cantin, et ACE (dir.), *Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, p.27. Ottawa, ON : Publications ACE.
- Walter, T., Hale, L., & Smith, C. (2015). Blue prescription: a single-subject design intervention to enable physical activity for people with stroke. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 22(2), 87-95.
- Wensley, R., & Slade, A. (2012). Walking as a meaningful leisure occupation: the implications for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 85-92. doi: 10.4276/030802212X13286281651117
- Wolf, T., & Koster, J. (2013). Perceived recovery as a predictor of physical activity participation after mild stroke. *Disability and Rehabilitation: an international, multidisciplinary journal*, 35(14), 1143-1148. doi: 10.3109/09638288.2012.720635

- World Health Organization. (2003). *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations: evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals*. Repéré à http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf
- York, M., & Wiseman, T. (2012). Gardening as an occupation: a critical review. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 76-84. doi: 10.4276/030802212X13286281651072
- Zalewski, K. R., & Dvorak, L. (2011). Barriers to physical activity between adults with stroke and their care partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(1), 666-675.

ANNEXE A

BARRIÈRES ET FACILITATEURS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES POST-AVC RELEVÉS DANS LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

Barrières relatives à la personne	Références
Problèmes de santé (séquelles physiques de l'AVC, limitations cognitives, comorbidités, humeur dépressive)	(Banks et al., 2012; Blonski et al., 2014; Hundza et al., 2016; Lennon et al., 2013; Marzolini et al., 2016; S. Nicholson et al., 2013; Outermans et al., 2016; Prout et al., 2015)
Faible sentiment d'efficacité perçue	(Lennon et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Outermans et al., 2016; Simpson et al., 2011; Wolf & Koster, 2013; Zalewski & Dvorak, 2011)
Peur (de tomber ou de perdre l'équilibre, de subir un second AVC)	(Jones et al., 2016; Lennon et al., 2013; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Outermans et al., 2016; Simpson et al., 2011)
Fatigue	(Banks et al., 2012; Jones et al., 2016; Lennon et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Outermans et al., 2016)
Manque de connaissances ou fausses croyances quant à l'activité physique	(Lennon et al., 2013; J. H. Morris et al., 2015; S. Nicholson et al., 2013; Outermans et al., 2016; Simpson et al., 2011)
Douleur	(Jones et al., 2016; Lennon et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Outermans et al., 2016)
Manque de motivation ou de volonté	(Lennon et al., 2013; S. Nicholson et al., 2013; Zalewski & Dvorak, 2011)
Frustration	(Blonski et al., 2014)
Sentiment d'insécurité face à la pratique d'activités physiques à l'extérieur de la maison	(Jones et al., 2016)
Barrières relatives à l'environnement	Références
Accessibilité (transport, proximité des centres, environnement physique adapté, conditions météorologiques)	(Banks et al., 2012; Blonski et al., 2014; Hundza et al., 2016; Lennon et al., 2013; Marzolini et al., 2016; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Outermans et al., 2016)
Manque de soutien social	(Blonski et al., 2014; Lennon et al., 2013; Zalewski & Dvorak, 2011)
Coût élevé	(Blonski et al., 2014; Hundza et al., 2016; S. Nicholson et al., 2013)
Manque de suivi ou de soutien professionnel	(Hundza et al., 2016; Lennon et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014)
Peu de centres qui offrent des programmes d'exercice adaptés	(Fullerton et al., 2008; Lau et al., 2016; Simpson et al., 2011)
Manque de connaissance des programmes et de leur emplacement	(Blonski et al., 2014)
Professionnels préoccupés par la sécurité (peur que la personne chute)	(Outermans et al., 2016)
Physiothérapeutes qui manquent de connaissances sur les programmes post-AVC offerts	(Lau et al., 2016)
Réticence des physiothérapeutes à référer les patients âgés ayant des complications cardiovasculaires ou musculo-squelettiques	(Prout et al., 2015)

Facilitateurs relatifs à la personne	Références
Bénéfices perçus (amélioration des effets de l'AVC, de l'équilibre, de la mobilité, des tâches quotidiennes, de la participation à d'autres activités significatives, de la forme physique, de la santé, soulage l'ennui, fait sentir bien)	(Banks et al., 2012; Hundza et al., 2016; J. H. Morris et al., 2015; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Simpson et al., 2011)
Motivation	(Blonski et al., 2014; Hundza et al., 2016; Jones et al., 2016; Outermans et al., 2016)
Haut sentiment d'efficacité perçue	(Jones et al., 2016; J. H. Morris et al., 2015; S. L. Nicholson et al., 2014; Outermans et al., 2016)
Connaissance des bénéfices, dont la prévention d'un second AVC	(Jones et al., 2016; J. H. Morris et al., 2015; S. L. Nicholson et al., 2014)
L'importance accordée à l'activité physique	(Blonski et al., 2014; Outermans et al., 2016)
Connaissance d'exercices appropriés post-AVC	(Jones et al., 2016)
Capacité de marcher de façon indépendante	(Outermans et al., 2016)
L'activité physique comme une façon de redevenir normal	(J. H. Morris et al., 2015)
Facilitateurs relatifs à l'environnement	Références
Soutien des professionnels	(Banks et al., 2012; Blonski et al., 2014; Lennon et al., 2013; Marzolini et al., 2016; J. H. Morris et al., 2015; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Simpson et al., 2011)
Possibilité de socialiser avec d'autres personnes qui ont eu un AVC	(Blonski et al., 2014; Lennon et al., 2013; Marzolini et al., 2016; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Simpson et al., 2011)
Soutien de la famille ou des amis	(Blonski et al., 2014; Hundza et al., 2016; J. H. Morris et al., 2015)
Accessibilité (transport, faibles coûts, conditions météorologiques)	(Blonski et al., 2014; J. H. Morris et al., 2015)
Programmes communautaires non cliniques	(Hundza et al., 2016)
Connaissance des programmes disponibles	(J. H. Morris et al., 2015)
Ressources pour faire connaître les programmes aux physiothérapeutes	(Lau et al., 2016)

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de mon projet de maîtrise en ergothérapie qui s'intitule *Faciliter l'engagement des personnes ayant subi un AVC dans la pratique d'activités physiques : pistes d'action pour les ergothérapeutes*, je souhaite formuler des pistes de recommandations concrètes destinées aux ergothérapeutes afin de soutenir la pratique d'activités physiques chez les personnes ayant subi un AVC en me basant sur les données probantes identifiées. Je souhaite également faire valider la pertinence et l'applicabilité de celles-ci par vous, ergothérapeute expérimenté. Je vous invite donc à prendre connaissance des 14 pistes d'action proposées et à coter, sur une échelle de 0 à 10, leur applicabilité et leur pertinence. Vous êtes également invités à laisser des commentaires pour justifier votre réponse.

Pour coter la pertinence, demandez-vous : Est-ce que cette piste d'action m'apparaît utile, judicieuse, logique et appropriée pour réellement faciliter l'engagement des personnes ayant subi un AVC dans la pratique d'activités physiques?

Pour coter l'applicabilité, demandez-vous : Est-ce qu'il apparaît faisable et réaliste de mettre en pratique cette piste d'action dans le contexte de la pratique en ergothérapie?

N.B. Veuillez tenir compte que dans le cadre de cet essai, le concept d'activité physique est très large et ainsi il ne se réduit pas qu'à la participation à des exercices répétitifs au gymnase ou à la participation à un groupe d'exercices aérobiques, par exemple. Cet essai perçoit plutôt l'activité physique comme une occupation pouvant s'effectuer au quotidien à travers les loisirs (p. ex. : jardinage, yoga, randonnée pédestre), les tâches domestiques (p. ex. : pelleter, faire le ménage, faire les courses), le transport (p. ex. : se déplacer à vélo ou à pieds plutôt qu'en voiture), etc.

Pistes d'action

1. Documenter les préférences et les barrières perçues par la personne quant à la pratique d'activités physiques, notamment par le biais d'une entrevue ou même d'un questionnaire standardisé comme le *Stroke Exercise Preference Inventory (SEPI)* (Bonner et al., 2016).

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent					Extrêmement pertinent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires

2. Offrir des conseils personnalisés pour adapter l'occupation de façon à faciliter l'intégration de l'activité physique au quotidien (p. ex. : déplacements dans les escaliers, utilisation de la bicyclette pour se déplacer, participation à un cours de danse). Ces conseils doivent tenir compte des caractéristiques de la personne (p. ex. : préférences, capacités, expériences antérieures) et de son environnement social et physique.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent					Extrêmement pertinent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

3. Adapter l'occupation, notamment par la gradation d'activité, de façon à diminuer les peurs et à créer des expériences positives où la personne se sent compétente en vue de favoriser l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent					Extrêmement pertinent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

4. Coacher la personne pour l'amener à devenir responsable de son comportement en matière de santé. Il est pertinent, notamment, de laisser la personne choisir l'occupation dans laquelle elle désire s'engager, la guider à établir elle-même ses objectifs, l'habiliter à faire face aux obstacles qu'elle rencontre ou qu'elle est susceptible de rencontrer ainsi que l'habiliter à gérer et moduler elle-même son niveau d'activité physique sans excéder ses limites.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable				Totalelement applicable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

5. Utiliser des stratégies motivationnelles et comportementales avec la personne telles que l'entrevue motivationnelle pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques au quotidien.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable				Totalelement applicable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

6. Offrir un soutien psychologique ou référer à un autre professionnel qualifié afin d'aider la personne à surmonter les enjeux liés à la dimension affective (p. ex. : symptômes dépressifs, manque de motivation, craintes face à l'attitude des autres face au handicap après l'AVC) pouvant influencer l'engagement dans des activités physiques.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable				Totalelement applicable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

7. Sensibiliser et éduquer la personne et sa famille sur les bénéfices de l'activité physique (p. ex. : maintien de la santé, amélioration fonctionnelle, prévention d'un second AVC) et les fausses croyances quant à celle-ci (p. ex. : l'activité physique est propice à réduire le risque d'un second AVC plutôt que

de l'augmenter et permet de réduire la fatigue). Enseigner des stratégies de gestion de l'énergie au besoin également.

Aucunement pertinent				Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable				Moyennement applicable				Totalement applicable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

8. Offrir des opportunités et des outils pour soutenir l'activité physique à long terme (p. ex. : fournir des idées d'exercices facilement réalisables à la maison, favoriser un soutien social à long terme par le biais de l'environnement familial ou par des références vers des ressources de la communauté).

Aucunement pertinent				Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable				Moyennement applicable				Totalement applicable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

9. Sensibiliser le personnel soignant et les autres professionnels de la santé gravitant autour de la personne sur l'importance de l'activité physique après l'AVC.

Aucunement pertinent				Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable				Moyennement applicable				Totalement applicable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

10. Coacher la famille pour favoriser l'adoption d'attitudes et de comportements favorables au développement d'un sentiment d'efficacité personnelle chez la personne face à la pratique d'activités physiques (ex.: encourager et valoriser les petits succès, guider la personne tout en évitant la surprotection).

Aucunement pertinent				Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Commentaires :

11. Proposer à la personne de participer à des activités physiques en groupe, incluant idéalement d'autres personnes ayant subi un AVC, et offrant un environnement social soutenant.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent					Extrêmement pertinent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Commentaires :

12. Plaidoyer et collaborer à des partenariats entre les professionnels de la santé et les groupes communautaires pour le développement de programmes d'activités physiques communautaires qui incluent aussi un volet éducatif sous forme d'échanges avec, par exemple, des personnes significatives qui viennent discuter de leur expérience ou des professionnels de la santé.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent					Extrêmement pertinent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Commentaires :

13. Plaidoyer pour un environnement institutionnel et physique favorisant l'accessibilité à des services et ressources appropriées en lien avec la pratique d'activités physiques (p. ex. : aide financière, accessibilité à du transport, à des équipements et à des professionnels formés) pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques.

Aucunement pertinent					Moyennement pertinent					Extrêmement pertinent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Aucunement applicable					Moyennement applicable					Totalement applicable	
-----------------------	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	-----------------------	--

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Commentaires :

14. Contribuer à former les acteurs de l'environnement social gravitant autour de la personne lors de ses loisirs et de ses activités physiques (p. ex. : personnel soignant, intervenants offrant des services de loisirs et d'activités physiques) sur les stratégies favorisant l'engagement de la personne ayant subi un AVC dans des activités physiques significatives. Il peut s'agir de stratégies favorisant l'apprentissage (p. ex. : aide-mémoire, démonstration, soutien), la motivation (p. ex. : implication de la famille et de la communauté, favoriser le sentiment d'efficacité personnelle) ou des conseils sur l'adaptation d'activité.

Aucunement pertinent				Moyennement pertinent				Extrêmement pertinent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

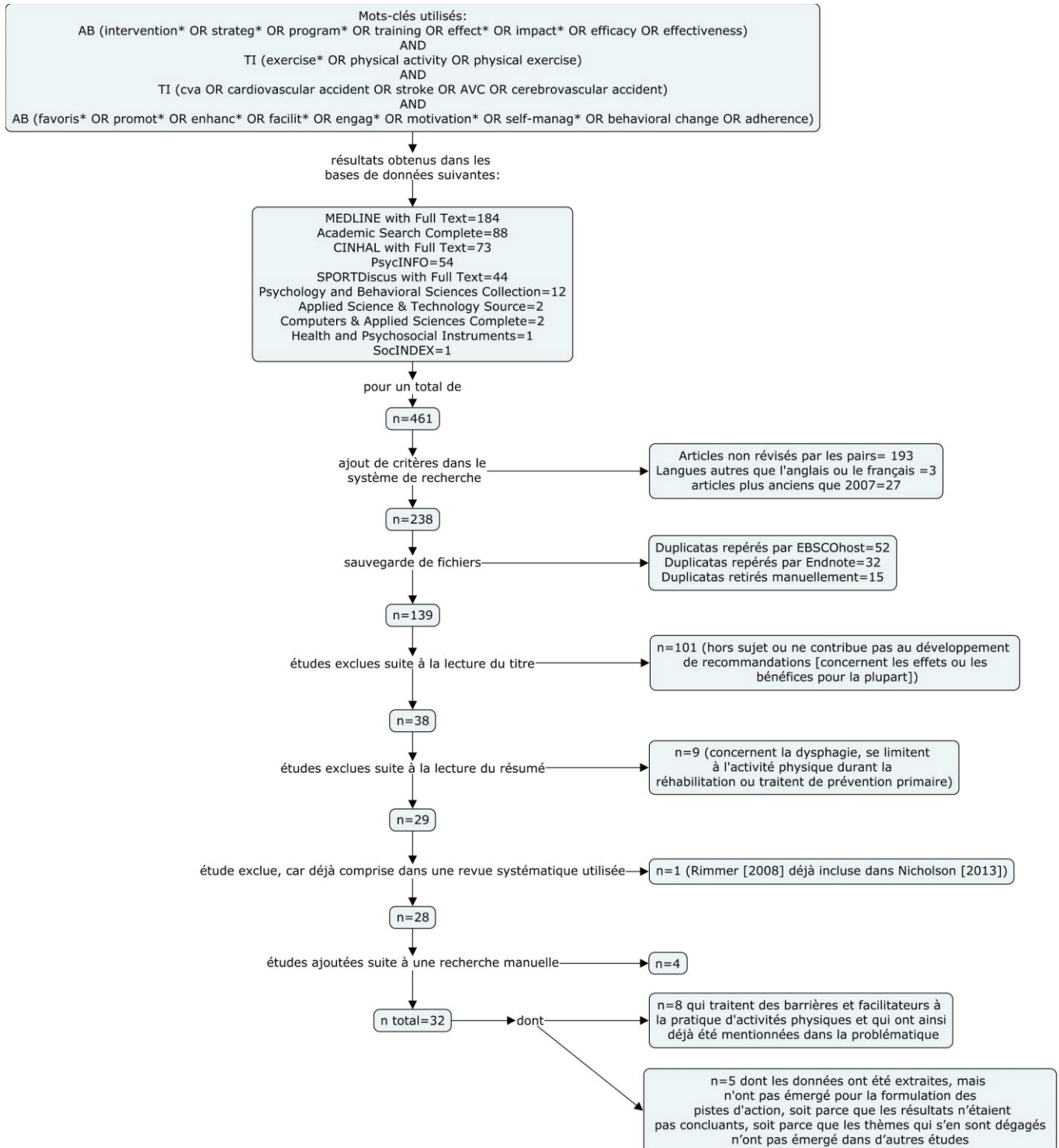
Aucunement applicable				Moyennement applicable				Totalement applicable		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

Merci pour votre contribution à mon projet de maîtrise, c'est très apprécié!

Emilie Gauthier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

ANNEXE C STRATÉGIE DE RECHERCHE



ANNEXE D

GRILLES D'EXTRACTION

Référence	(Billinger et coll., 2014)
Titre	<i>Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors</i>
But de l'étude	Créer un guide général destiné aux praticiens servant à mieux comprendre les avantages de l'activité physique et les recommandations d'activités physiques pour les survivants d'AVC à toutes les étapes de la récupération.
Niveau d'évidence	Inclut plusieurs types de documents dont les niveaux d'évidence varient de 1++ à 4.
Type d'étude	Revue de la littérature
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un groupe de rédaction a été formé par le <i>American Heart Association Stroke Council's Scientific Statement Oversight Committee</i> et le <i>American Heart Association's Manuscript Oversight Committee</i>. ▪ Le groupe de rédaction a utilisé des revues systématiques de la littérature, des références aux études cliniques et épidémiologiques publiées, des rapports sur la morbidité et la mortalité, des lignes directrices cliniques et de santé publique, des déclarations officielles, des dossiers personnels et des avis d'experts pour résumer les données existantes et indiquer des lacunes dans les connaissances actuelles.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducation aux professionnels de la santé sur les bénéfices de l'activité physique. ▪ Les objectifs d'activités physiques et la prestation d'exercices pour le patient doivent être personnalisés selon la tolérance du patient, le stade de récupération, l'environnement, le soutien social disponible, les préférences d'activités physiques, les déficiences spécifiques, les limitations d'activité et les restrictions de participation. ▪ Les éléments critiques idéaux (soit le nombre de sessions, le mode de prestation, le type de suivi et la surveillance) pour une intervention réussie n'ont pas été définitivement identifiés encore. Toutefois, un système qui exige que le patient soit responsable de son comportement en matière de santé semble prometteur. ▪ Des partenariats avec les professionnels de la santé et les groupes de soutien communautaires peuvent faciliter la promotion de la santé et la participation à long terme à l'activité physique. ▪ Les barrières telles le coût et les difficultés de transport devraient être retirées. ▪ Les survivants d'un AVC devraient avoir accès à des conseils sur l'activité physique par des instructeurs ayant des connaissances et une formation appropriée. ▪ Puisque le soutien social est aidant, l'adhésion à l'activité physique pourrait être meilleure si effectuée en groupe. ▪ Les professionnels de la santé devraient comprendre que le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle, l'atteinte des résultats et de permettre au client d'établir ses objectifs peuvent aider à adopter l'activité physique. ▪ Rassurer les clients sur le fait que l'activité physique est propice à réduire plutôt qu'à augmenter le risque d'un deuxième AVC et qu'elle peut diminuer la fatigue.

Référence	(Bonner et coll., 2016)
Titre	<i>Developing the Stroke Exercise Preference Inventory (SEPI)</i>
But de l'étude	1- Développer un nouveau questionnaire, soit le <i>Stroke Exercise Preference Inventory (SEPI)</i> , pour évaluer les préférences et barrières liées à l'exercice après l'AVC. 2- Déterminer la relation entre les caractéristiques personnelles (incapacité, fatigue, dépression, anxiété) et les préférences et barrières liées à l'exercice rapportées dans le but d'évaluer si ces caractéristiques sont en lien avec les différences individuelles du questionnaire SEPI.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Étude quantitative
Méthode	Une liste d'items potentiels liée aux préférences a été dressée selon des outils similaires existants pour d'autres conditions que l'AVC et avec un panel d'experts. Une fois la liste finalisée, celle-ci a été administrée à des survivants d'un AVC (n=134) afin de raffiner le questionnaire et le réduire à un ensemble principal d'items.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser le SEPI-13 comme outil afin de connaître les préférences et barrières liées à l'exercice et ainsi personnaliser les interventions.

Référence	(Harrington et coll., 2010)
Titre	<i>A community-based exercise and education scheme for stroke survivors: a randomized controlled trial and economic evaluation</i>
But de l'étude	Évaluer un programme communautaire d'exercice et d'éducation pour les survivants d'un AVC.
Niveau d'évidence	1+
Type d'étude	Essai randomisé
Méthode	<p>Les participants ont été assignés aléatoirement soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au groupe témoin où ils ont reçu les soins standards. ▪ Au groupe d'intervention où ils ont reçu un programme communautaire incluant une heure d'exercice et une heure d'éducation interactive à raison de deux fois par semaine pendant 8 semaines. <ul style="list-style-type: none"> ○ La séance d'exercices était donnée par un instructeur supervisé par un physiothérapeute. Les exercices étaient sous forme de circuit facilement adaptable selon la progression de la personne. Des manuels d'exercices ont été fournis aux participants pour soutenir le programme et les participants étaient encouragés à explorer les opportunités pour poursuivre les exercices à la fin du programme de 8 semaines. La famille et les amis étaient invités à assister au programme et à aider durant la séance d'exercices. ○ La séance d'éducation interactive était donnée par des personnes significatives (survivants d'AVC, professionnels de la santé et directeur de <i>Stroke Association</i>). Celles-ci étaient données sous forme interactive, amusante et non dirigée de la sorte que les participants pouvaient choisir le sujet dont ils voulaient discuter.

- Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes
- Le programme communautaire pour les survivants d'un AVC est une intervention à faible coût qui parvient à améliorer l'intégration de l'activité physique (réalisation des activités de la vie domestique suite à l'AVC) maintenue jusqu'à un an, comparativement aux soins standard.
 - Il serait donc pertinent de créer plus de programmes communautaires similaires à celui de l'étude, donc incluant :
 - Volet d'exercice et volet éducationnel
 - Manuel permettant de refaire les exercices à la maison et offrant des opportunités pour soutenir l'activité physique après le programme
 - Intégrer la famille

Référence	(Jurkiewicz et coll., 2011)
Titre	<i>Adherence to a Home-Based Exercise Program for Individuals After Stroke</i>
But de l'étude	Identifier, de façon rétrospective, les facteurs qui influencent l'adhésion à un programme d'exercice à domicile adapté aux personnes ayant subi un AVC pendant et après la réadaptation.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Quantitative
Méthode	Les participants (n=14) ont participé au programme de réadaptation à raison d'une fois par semaine pendant 24 semaines, puis 1 fois par mois pendant 2 mois. De plus, les participants devaient effectuer 4 séances d'entraînement aérobique et 1 à 2 séances d'entraînement de résistance en dehors du centre chaque semaine. Un sondage de 16 items portant sur l'adhésion aux séances d'entraînement à domicile ainsi qu'aux facteurs motivants et aux barrières a été administré.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'adhésion à un programme d'exercices à domicile est supérieure lorsque combinée à la participation à un programme en groupe (l'adhésion décline après la fin du programme de groupe). ▪ Ainsi, l'entraînement en groupe et le soutien fourni par des professionnels lors des séances sont recommandés.

Facteurs motivants (en ordre de popularité) :

- Améliore la santé en général
- Améliore le fonctionnement quotidien
- Améliore la confiance en soi
- Diminue les problèmes musculosquelettiques
- Soutien par la famille
- Gestion du poids
- Améliore l'apparence
- Aimer faire de l'exercice
- Activité sociale
- Améliore l'activité sportive

Barrières à l'activité physique (en ordre de popularité) :

- Manque de motivation
- Problèmes musculosquelettiques
- Fatigue
- Manque de temps
- Obligations familiales
- Dépression

- Ne pas aimer l'activité physique
- Pas de bénéfices
- Trop difficile

Référence	(Kara et Ntsiea, 2015)
Titre	<i>The Effect of a Written and Pictorial Home Exercise Prescription on Adherence for People with Stroke</i>
But de l'étude	Déterminer l'effet d'un programme d'exercice décrit avec des images sur l'adhésion à un programme d'exercice à domicile chez les patients ayant subi un AVC.
Niveau d'évidence	1+
Type d'étude	Essai randomisé
Méthode	Le groupe témoin a reçu un programme d'exercice à domicile avec des instructions verbales, tandis que le groupe d'intervention a reçu le même programme d'exercice à domicile avec des instructions verbales et aussi des instructions imagées supplémentaires pour les exercices. Un journal de bord d'exercice a été utilisé pour surveiller l'adhésion dans les deux groupes. Le <i>Modified Rivermead Mobility Index</i> (MRMI) et le <i>Barthel Index</i> (BI) ont été utilisés pour établir la mobilité et les activités de la vie quotidienne.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune puisque l'ajout d'une prescription écrite et imagée d'exercice à domicile n'a pas conduit pas à une meilleure adhésion à un programme d'exercice à domicile par rapport à l'absence d'instructions imagées.

Référence	(Mansfield et coll., 2016)
Titre	<i>Promoting Optimal Physical Exercise for Life: An Exercise and Self-Management Program to Encourage Participation in Physical Activity after Discharge from Stroke Rehabilitation—A Feasibility Study</i>
But de l'étude	Établir la faisabilité d'une étude plus vaste pour évaluer l'effet de la participation au groupe PROPEL (programme d'exercice et d'autogestion) sur la participation autodirigée à l'activité physique.
Niveau d'évidence	1-
Type d'étude	Essai contrôlé randomisé pilote
Méthode	<p>Groupe témoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réadaptation à l'externe et à l'interne régulière <p>Groupe d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe d'entraînement aérobique à l'interne (groupe ouvert) et à l'externe (groupe fermé incluant la composante d'autogestion et de soutien et la résolution de problèmes pour surmonter les obstacles à l'exercice et à la réalisation des objectifs à long terme en vue de favoriser la pratique indépendante d'exercice).
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme PROPEL offert durant la réadaptation post-AVC apparaît prometteur pour réduire les barrières à l'exercice et augmenter la participation à l'activité physique après le congé. ▪ Ainsi, les caractéristiques suivantes sont pertinentes pour les programmes en groupe :

- Débute durant la réadaptation à l'interne et se poursuit à l'externe de façon à apporter du soutien au maintien de l'activité physique lors de la transition.
- Inclure une composante d'autogestion (favoriser la résolution de problèmes pour surmonter les obstacles à l'exercice et favoriser la réalisation des objectifs à long terme).

Référence	(Morris et coll., 2012)
Titre	<i>The Importance of Psychological and Social Factors in Influencing the Uptake and Maintenance of Physical Activity after Stroke: A Structured Review of the Empirical Literature</i>
But de l'étude	Décrire les facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent influencer l'engagement dans l'activité physique après un AVC.
Niveau d'évidence	1+
Type d'étude	Revue structurée de la littérature
Méthode	Revue structurée de la littérature dans les bases de données MEDLINE, CINAHL, P & BSC et PsycINFO en utilisant des termes de recherche pertinents pour les AVC, les handicaps physiques et l'activité physique. Les publications présentant des résultats empiriques (quantitatifs ou qualitatifs) concernant les facteurs psychologiques et/ou sociaux ont été incluses.
Pistes de solutions pertinentes	Le sentiment d'efficacité personnelle, les croyances personnelles quant à l'activité physique et le soutien social semblent particulièrement pertinents pour favoriser l'activité physique après l'AVC et ils devraient être inclus dans des interventions.

Facteurs psychologiques :

- Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.
- Favoriser à ce que la personne se sente compétente à être active.
- Enseignement sur les bienfaits de l'activité physique pour éviter les fausses croyances concernant l'activité physique.
- Offrir un soutien psychologique afin de surmonter les barrières motivationnelles à être actif (symptômes dépressifs, fatigue, manque de motivation, perception et attitude des autres face au handicap après l'AVC).
- Encourager l'autodétermination à être actif.

Facteurs sociaux :

- Impliquer toute la famille et aborder avec elle leurs attitudes et croyances face à leur rôle de façon à susciter un sentiment d'efficacité personnelle pour le soutien de leur membre ayant subi un AVC et ainsi éviter qu'ils aient un rôle excessif ou critique.
- Assurer la présence d'un professionnel (professionnel de la santé ou professeur) lors de l'activité physique qui encourage et sécurise les personnes ayant subi un AVC.
- Favoriser l'activité physique organisée en groupe et qui inclut des personnes ayant subi un AVC.

Référence	(Morris et coll., 2014)
Titre	<i>Interventions to Promote Long-Term Participation in Physical Activity After Stroke: A Systematic Review of the Literature</i>
But de l'étude	Identifier les effets des interventions ayant pour but de favoriser la participation à long terme à l'activité physique selon les mesures de la fréquence, de la durée ou

de l'intensité de l'activité physique chez les survivants d'AVC vivant dans la communauté, et ce, 3 mois après les interventions.

Niveau d'évidence	1-
Type d'étude	Revue systématique
Méthode	Recherche dans les bases de données : MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), PsycINFO, et Cochrane Library of Systematic Reviews entre 1987 et Décembre 2012 selon les termes suivants : <i>“physical activity, exercise promotion,” “stroke,” “behavior change interventions,”</i> et leurs synonymes.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les conseils individualisés seuls ou en combinaison avec un programme d'exercices structuré et adapté à la condition du participant favorisent la participation à long terme à des activités physiques (plus que les conseils généraux combinés à un programme). ▪ Favoriser l'entraînement à la maison dans certains cas.

Référence	(Morris, 2016)
Titre	<i>Body, Person and Environment: Why Promoting Physical Activity (PA) with Stroke Survivors Requires Holistic Thinking</i>
But de l'étude	Ce texte d'opinion propose que d'utiliser la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) pour guider la réflexion sur l'activité physique après un AVC peut aider à développer et appliquer des solutions qui augmentent les niveaux d'activité physique.
Niveau d'évidence	4
Type d'étude	Opinion d'expert
Méthode	Considère le corps, la personne et l'environnement.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Facteurs personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des activités physiques qui correspondent à l'identité de la personne (par exemple, aller au gym n'est pas une activité qui correspond à l'identité ou aux expériences antérieures de tous). ▪ Développer des stratégies pour l'éducation de façon à éliminer les fausses croyances des survivants de l'AVC face à l'activité physique. ▪ Comprendre, évaluer et soutenir le sentiment d'efficacité personnelle des survivants d'AVC en explorant et en adaptant l'activité aux préférences, à la capacité et aux expériences antérieures. ▪ Évaluer les peurs et créer des expériences positives qui augmentent le sentiment d'efficacité personnelle et qui réduit les peurs. ▪ Comprendre ce qui les motive pour ensuite offrir des opportunités d'activités physiques agréables et significatives.

Facteurs environnementaux :

Social :

- Activité physique avec d'autres survivants de l'AVC.
- Offrir un soutien social à long terme.

Physique :

- Rendre accessibles les activités dans la communauté, peu importe la déficience (incluant, le transport, les coûts, le moment, l'équipement)
- Soutien individuel et/ou de groupe qui est adapté aux habiletés de la personne.

Référence	(Morris et Williams, 2009)
Titre	<i>Optimising long-term participation in physical activities after stroke: Exploring new ways of working for physiotherapists</i>
But de l'étude	Cet article présente le développement et l'application de stratégies comportementales spécifiques aux AVC pour permettre aux physiothérapeutes de soutenir les survivants d'un AVC à développer et à maintenir la participation à l'activité physique après la réadaptation et examine comment elles pourraient être intégrées dans les modèles et les politiques de développement de services.
Niveau d'évidence	4
Type d'étude	Opinion d'expert
Méthode	Texte d'opinion d'expert
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Pistes de solutions discutées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que d'autres professionnels s'engagent dans la promotion d'activités physiques et fournissent du soutien (pas juste les physiothérapeutes). Exemple : physio pour exercices à la maison et d'autres professionnels pour les exercices dans la communauté (gym, clubs, centres de loisir, etc.). ▪ Opportunités d'activités physiques et accès au transport jusqu'aux installations, disponibilité d'entraîneurs pour les personnes ayant des limitations. ▪ Établir des partenariats avec la communauté pour développer et tester les façons d'instruire les professionnels de l'exercice dans la communauté à être formés dans la prestation d'exercices post-AVC. ▪ Stratégies motivationnelles et comportementales. ▪ Sélectionner les activités en lien avec les besoins et les préférences de la personne.

Référence	(Norris et coll., 2013)
Titre	<i>Exercise instructor-led functional training programme for community dwelling stroke survivors: A qualitative study</i>
But de l'étude	Explorer l'expérience des participants du programme <i>Action for Rehabilitation in Neurological Injury</i> (ARNI).
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Groupe de discussion suite à la participation au programme ARNI qui a pour but de promouvoir l'indépendance fonctionnelle et l'activité physique chez les survivants d'un AVC.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme ARNI est un moyen approprié et acceptable de prolonger la voie de réadaptation et d'aide à promouvoir des niveaux d'activité accrus. ▪ Le programme ARNI met également l'accent sur: <ul style="list-style-type: none"> ○ les interventions psychologiques ○ la motivation ○ le sentiment d'efficacité personnelle ○ l'exploration des attitudes et des croyances ○ les activités fonctionnelles

- la résolution de problème
- des stratégies de compensation

Référence	(Patterson et Ross-Edwards, 2009)
Titre	<i>Long-term stroke survivors' needs and perceptions of an exercise maintenance model of care</i>
But de l'étude	Explorer la perception des survivants d'un AVC concernant le maintien de la participation à un programme d'exercice en groupe et donner un aperçu des besoins à long terme pour cette population.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Entrevues individuelles avec les participants.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette étude suggère que le groupe d'exercices de maintien après l'AVC peut être un moyen efficace de fournir des soins à long terme pour cette population. ▪ Format de groupe avec d'autres participants ayant eu un AVC bénéfique. ▪ Soutien social par les professionnels pour compléter les exercices et avoir accès à de l'équipement approprié.

Référence	(Poltawski et coll., 2013)
Titre	<i>Synthesising practice guidelines for the development of community-based exercise programmes after stroke</i>
But de l'étude	Faire une synthèse des recommandations issues des guides de pratique portant sur l'AVC afin de produire un document structuré et complet pour faciliter le développement de programmes d'exercices communautaires après l'AVC.
Niveau d'évidence	1+
Type d'étude	Synthèse de guides de pratique
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche de guides de pratiques portant sur la prise en charge clinique des personnes ayant subi un AVC. ▪ Seules les recommandations relatives au contenu et à la prestation d'exercices post-AVC ont été retenues.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Établir et maintenir la motivation pour l'activité physique régulière</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documenter les croyances et attitudes personnelles sur l'activité physique pour en tenir compte ▪ Promouvoir l'établissement de buts personnels ▪ Utiliser l'entretien motivationnel ▪ Promouvoir l'utilisation de journaux réflexifs ▪ Favoriser la rétroaction positive ▪ Mettre l'accent sur le plaisir <p>Développer des compétences d'autogestion pour le maintien de la pratique d'activités physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer le sentiment d'efficacité personnelle. ▪ Encourager l'autosurveillance pour établir les niveaux d'exercices appropriés (par exemple promouvoir l'utilisation de journal de bord pour noter la fréquence, la durée et l'intensité d'activité faite ainsi que noter

sa fatigue et son inconfort afin de guider le client à gérer et moduler son niveau d'activité physique sans excéder ses limites).

- Encourager la pratique indépendante d'exercices.
- Fournir des brochures d'orientation/conseils (tels que ceux produits par fondation des maladies du cœur et AVC, etc.).

Personnaliser/adapter le programme à la personne (plus précisément afin que l'intégration dans son quotidien soit facilitée).

- Référer pour une pré-évaluation multidimensionnelle menée par un professionnel de la santé traitant de l'état de santé, des mises en garde, des contre-indications et des risques
- Adapter le contenu du programme à la personne et à ses buts
- Évaluer les effets du programme sur la personne (satisfaction, gains fonctionnels, buts personnels, utilisation des ressources, niveau d'énergie)
- Participer à des cours de groupe complémentaires aux séances individuelles
- Diviser les classes de groupe selon les niveaux d'incapacité
- Dans les classes de groupe, effectuer des exercices de renforcement qui facilitent le fonctionnement quotidien (ex. : pour les activités de la vie domestique et les activités de la vie quotidienne) et permettre un suivi individuel
- Séances d'exercices courtes et plus fréquentes pour les personnes déconditionnées ou fragiles
- Utiliser des aide-mémoires si nécessaires

Structurer le programme pour faciliter l'exercice physique régulier

- Promouvoir la résolution de problème active (ex. : rencontre préprogramme pour discuter des obstacles au programme et à l'activité physique de façon générale)
- Partenaire ou bénévole pour accompagner aux premières séances
- Utiliser un minimum d'équipement pour favoriser la pratique à la maison
- Promouvoir l'engagement de la famille ou du soignant
- Utiliser le mentorat par les pairs
- Utiliser les formats de groupe pour le soutien social
- Fournir des opportunités pour socialiser avant et après l'entraînement
- Utilisation de divers médias y compris la téléformation et l'internet
- Faire l'entraînement à la maison ou dans un centre selon les préférences de la personne
- Lorsque possible, offrir le programme dans l'environnement immédiat de la personne (ex. : à domicile ou dans une résidence pour aînés)
- Fournir le transport ou si nécessaire localiser de bonnes liaisons de transport en commun
- Temps convenable
- Offrir le programme en continu
- Référer à d'autres services ou installations pertinentes (ex. : organismes communautaires offrant des cours d'activités physiques (adaptés ou non).

Référence	(Poltawski et coll., 2015)
Titre	<i>Motivators for uptake and maintenance of exercise: perceptions of long term stroke survivors and implications for design of exercise programmes</i>
But de l'étude	Identifier les facteurs qui motivent la participation à long terme à des exercices physiques et leur implication dans la conception de programmes d'exercice.

Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Entrevues individuelles et groupe de discussion.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre l'emphasis sur les bienfaits psychologiques (source de plaisir, maintien de la santé, amélioration de l'humeur, augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi, changement de l'image corporelle) de la participation à un programme d'exercice lors de sa promotion. ▪ La plupart des personnes sont plus attirées par des programmes non médicalisés, c'est-à-dire non donnés par des cliniciens et ailleurs que dans un établissement de santé (ex. : centre communautaire ou récréatif ou à domicile). ▪ Offrir des programmes dans différents formats pour attirer différents types de participants (en groupe ou individuels selon la préférence de la personne). ▪ Programme adapté à la personne (<i>just right challenge</i>).

Référence	(Resnick et coll., 2008)
Titre	<i>Motivators for Treadmill Exercise After Stroke</i>
But de l'étude	Explorer des facteurs qui ont motivé les personnes plus âgées (45 ans et plus) ayant eu un AVC ischémique à s'engager dans une étude concernant le task-oriented treadmill aerobic exercise (T-AEX).
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Groupe de discussion ou entrevue téléphonique
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 38 codes regroupés en 8 thèmes concernant les facteurs motivants (*= les plus importants): <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>*Les buts personnels</u> (ex. : regagner la capacité pour marcher ou regagner des capacités dans le membre atteint). ▪ <u>*Les bénéfices psychologiques</u> (ex. : meilleure attitude, sentiment d'indépendance, engagement dans des activités appréciées). ▪ <u>*Bénéfices physiques</u> (sentiment d'être plus fort, d'avoir un meilleur équilibre). ▪ <u>Bénéfices quant au fait que ce soit une recherche supervisée</u> (sentiment de sécurité d'être assisté par des entraîneurs, d'avoir des résultats sur leur progression, d'avoir accès à un tapis roulant). ▪ <u>Encouragements objectifs et verbaux</u> (par les résultats obtenus et par le personnel de l'étude). ▪ <u>Soutien social</u> par la famille, les autres survivants d'un AVC et le personnel de l'étude. ▪ <u>Meilleur fonctionnement quotidien dans les activités de la vie domestique</u> (p. ex. : conduire, faire les courses). ▪ <u>Détermination personnelle</u>

Référence	(Shaughnessy et Resnick, 2009)
Titre	<i>Using Theory to Develop an Exercise Intervention for Patients Post Stroke</i>
But de l'étude	Décrire une intervention d'exercice développée pour les survivants d'AVC qui utilise le cadre de la théorie du sentiment d'efficacité personnelle

Niveau d'évidence	4
Type d'étude	Texte d'opinion
Méthode	Texte d'opinion
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle ▪ Éducation sur les bénéfices de l'activité physique ▪ Aider à identifier et établir des buts ▪ Soutien par téléphone ▪ Encouragements verbaux ▪ Les barrières à l'activité physique sont identifiées et abordées (résolution de problèmes)
Référence	(Signal et coll., 2016)
Titre	<i>What influences acceptability and engagement with a high intensity exercise programme for people with stroke? A qualitative descriptive study</i>
But de l'étude	Explorer les facteurs qui influencent l'acceptabilité et l'engagement dans un programme d'exercices à forte intensité en groupe pour les personnes ayant subi un AVC.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Entrevues semi-structurées
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans cette étude, les personnes ayant subi un AVC ont perçu l'exercice à forte intensité comme un facilitateur et non une barrière à l'engagement dans la réadaptation. ▪ Cette étude suggère que dans le contexte d'un programme d'exercice de réadaptation bien construit et bien gradué, un exercice d'intensité plus élevée pourrait en fait favoriser l'engagement continu. <p>6 thèmes ont émergé de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire des progrès : <ul style="list-style-type: none"> ○ Vivre des succès ○ Identifier des gains ○ Devenir plus confiant ○ Voir les possibilités pour le futur ▪ Sources de motivation <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivation interne (détermination) ○ Autres sources de motivation (famille, autres membres du groupe) ▪ Travailler fort <ul style="list-style-type: none"> ○ Effort mental et physique (apparaît normal pour les participants et ne diminue donc pas le niveau d'engagement) ○ « No pain, no gain » (frustrations engendrées lorsque l'exercice est difficile, mais sentiment de succès lorsque celui-ci devient maîtrisé) ○ Nature répétitive (perçue positivement ou négativement selon les participants) ▪ Les personnes <ul style="list-style-type: none"> ○ Le groupe (positif en raison du sentiment d'appartenance, amitiés)

- Les physiothérapeutes (vus positivement par leur expertise clinique, les soins et l'attention fournie, leur habileté à motiver et maintenir l'accent durant l'entraînement)
- Convient à la personne
 - Différents AVC (adapter selon la personne et ses difficultés)
 - Répond aux besoins
 - Selon l'âge
 - Type d'exercice qui convient aux préférences de la personne
- Convient à la vie de la personne
 - Selon l'horaire
 - Routinier
 - Défis ou événements inattendus
 - Facilitateurs (transport, endroit, accessibilité au stationnement, etc.)

Référence	(Thilarajah, Clark et Williams, 2016)
Titre	<i>Wearable sensors and Mobile Health (mHealth) technologies to assess and promote physical activity in stroke: a narrative review</i>
But de l'étude	Cet article passe en revue les dispositifs disponibles pour l'évaluation de l'activité physique pour les survivants de l'AVC et discute du potentiel de progrès technologique pour promouvoir l'activité physique dans cette population.
Niveau d'évidence	4
Type d'étude	Revue narrative
Méthode	Revue narrative
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les capteurs portables et la technologie des smartphones sont très prometteurs, mais doivent être validés pour mesurer l'activité chez les personnes après un AVC ou d'autres troubles neurologiques. L'incorporation de techniques de changement de comportement, telles que l'établissement d'objectifs, le suivi des activités physiques, la visualisation du progrès et de la motivation, dans des applications personnalisées pourrait compléter des séances de conseils personnalisés pour l'activité physique.

Référence	(Törnbom et coll., 2017)
Titre	<i>Perceptions of physical activity and walking in an early stage after stroke or acquired brain injury</i>
But de l'étude	Explorer la perception et les expériences en lien avec l'activité physique et la marche chez les personnes ayant subi un AVC ou un traumatisme craniocérébral.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Entrevues semi-structurées
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'activité physique est associée à des sentiments et expériences négatives. Plusieurs barrières telles la fatigue, la peur de tomber ou de se blesser, le manque de motivation et la dépression. ▪ Bien connaître les barrières et motivateurs de la personne pour s'adapter à ses besoins. ▪ Augmenter la motivation (en incluant la famille et les amis entre autres) ▪ Enseignement de stratégies de gestion de la fatigue

Référence	(Walter et coll., 2015)
Titre	<i>Perceptions of physical activity and walking in an early stage after stroke or acquired brain injury</i>
But de l'étude	Déterminer si la <i>Blue Prescription</i> , une approche de physiothérapie visant à augmenter l'activité physique, permet aux survivants d'un AVC vivant dans la communauté de s'engager dans une activité physique de leur choix pendant trois mois et d'explorer les avantages de la <i>Blue Prescription</i> sur la qualité de vie, la fonction physique et le sentiment d'efficacité personnelle selon les participants.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Étude de cas (5 participants)
Méthode	Évaluation pré et post de : -l'engagement (par un journal de bord) -qualité de vie (<i>European Quality of Life 5-Dimensions (EQ-5D) questionnaire</i> et <i>European Quality of Life Visual Analogue Scale (EQ VAS)</i>) -La fonction physique (<i>Stroke Impact Scale (SIS) version 3.0</i>) -Le sentiment d'efficacité personnelle (<i>Stroke Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ)</i>)
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> Tous les participants ont maintenu leur engagement dans l'activité choisie pendant 3 mois. La <i>Blue Prescription</i> apparaît possible pour engager les survivants d'un AVC dans des activités physiques, bien que ses effets sur la qualité de vie, la fonction physique et le sentiment d'efficacité personnelle soient variables. <p>Composantes pertinentes de la <i>Blue Prescription</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevue motivationnelle Activité choisie par le participant selon ses préférences Résolution de problème (barrières) Soutien du professionnel continu selon la fréquence et la façon choisie par le participant (message texte, e-mail, discussion téléphonique)

ÉTUDES TROUVÉES MANUELLEMENT

Référence	(Gillham et Endacott, 2010)
Titre	<i>Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: a randomized controlled trial</i>
But de l'étude	Évaluer si la prévention secondaire renforcée influe plus significativement sur la disponibilité à changer le comportement de santé après un AVC ou une attaque ischémique transitoire, par rapport à la prévention secondaire de l'AVC conventionnelle.
Niveau d'évidence	1+
Type d'étude	Essai randomisé
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> Groupe témoin : prévention conventionnelle. Groupe d'intervention : prévention conventionnelle en plus de la prévention renforcée (conseils supplémentaires, entrevue motivationnelle, soutien téléphonique)
Résultats et/ou pistes de	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration significative de la fréquence d'activités physiques dans le groupe d'intervention

- solutions pertinentes
- Entrevue motivationnelle
 - Soutien par un professionnel (téléphonique)
 - Conseils supplémentaires quant à l'AVC et ses risques

Référence	(Jones et coll., 2015)
Titre	<i>A systematic review of the efficacy of self-management programs for increasing physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury (ABI)</i>
But de l'étude	Évaluer l'efficacité des programmes d'autogestion pour augmenter les niveaux d'activités physiques chez les adultes vivant dans la communauté suite à une lésion cérébrale acquise. L'efficacité de l'intervention à distance par rapport à la présence face à face a également été examinée.
Niveau d'évidence	1-
Type d'étude	Revue systématique
Méthode	Recherche dans les bases de données : MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, AMED, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PEDro and Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED)
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette recherche a démontré que les programmes d'autogestion pour les survivants d'un AVC qui utilisent une approche holistique et multifactorielle offrent certains avantages dans l'amélioration de l'activité physique. Cependant, le concept d'un programme d'autogestion qui met l'accent sur un seul facteur de risque, comme l'activité physique, requiert des études plus approfondies. ▪ Efficacité inconnue (études peu nombreuses, hétérogènes et à haut risque de biais)

Référence	(Kerr, Rowe, Esson et Barber, 2016)
Titre	<i>Changes in the physical activity of acute stroke survivors between inpatient and community living with early supported discharge: an observational cohort study</i>
But de l'étude	Décrire et comparer l'activité physique chez les survivants d'un AVC pendant leur séjour à l'hôpital et chez les survivants vivant dans la communauté qui ont un congé hâtif accompagné de soutien.
Niveau d'évidence	2+
Type d'étude	Étude de cohorte
Méthode	Évaluation avant et après le congé d'hôpital du temps passé en position assise, en position debout, à la marche et le nombre de pas marchés, le tout enregistré par un moniteur d'activité physique.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un congé d'hôpital hâtif avec soutien favorise un plus haut niveau d'activité physique.

Référence	(Gill et Sullivan, 2011)
Titre	<i>Boosting Exercise Beliefs and Motivation Through a Psychological Intervention Designed for Poststroke Populations</i>
But de l'étude	Tester une intervention psychologique qui a été conçue pour modifier la volonté des survivants d'AVC à pratiquer l'activité physique.

Niveau d'évidence	1-
Type d'étude	Essai contrôlé randomisé
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe témoin qui reçoit l'intervention standard (brochure éducationnelle et activités non spécifiques aux AVC) ▪ Groupe d'intervention qui reçoit l'intervention renforcée (<i>SASS program</i>) (brochure éducationnelle et activités visant à améliorer les croyances quant à l'AVC)
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats suggèrent que les approches fondamentales de l'éducation des patients peuvent influencer les croyances en matière de santé. Des programmes de prévention d'AVC plus efficaces peuvent contribuer à modifier les croyances en matière de santé. ▪ Cette étude appuie l'importance de l'éducation aux survivants d'AVC pour favoriser la pratique d'activités physiques. ▪ Le programme comprend <ul style="list-style-type: none"> ○ Activités de groupe ○ Établissement de buts ○ Résolution de problèmes ○ Renforcement de la motivation (balance décisionnelle)

ÉTUDES UTILISÉES AUSSI POUR LES BARRIÈRES ET LES FACILITATEURS

Référence	(Banks et coll., 2012)
Titre	<i>Exercise Preferences Are Different after Stroke</i>
But de l'étude	Explorer les préférences d'exercices chez les personnes ayant subi un AVC en comparaison avec d'autres personnes de sexe et d'âge similaire.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Quantitative
Méthode	<i>Exercise Preference Questionnaire</i> développé pour cette étude 2 groupes : adultes survivants d'un AVC et adultes en santé
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Contrairement au groupe d'adultes en santé, les survivants d'un AVC préfèrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les exercices structurés et routiniers ▪ Les exercices au gym ou centre de conditionnement physique ▪ Les exercices en groupe ▪ Les exercices qui leur sont démontrés

Référence	(Blonski et coll., 2014)
Titre	<i>Barriers to and Facilitators of Access and Participation in Community-Based Exercise Programmes from the Perspective of Adults with Post-stroke Aphasia</i>
But de l'étude	Explorer les expériences de communication liées à l'accès et à la participation à des programmes d'activités physiques vécus par des personnes atteintes d'aphasie à la suite d'un AVC.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Entrevues semi-structurées
Résultats et/ou pistes de	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frustration ▪ Déficiences physiques et limitations d'activités

solutions
pertinentes

- Manque de sensibilisation au grand public concernant l'aphasie
- Aucun partenaire de communication ou de soutien familial
- Manque de connaissance des emplacements des programmes d'exercices
- Les coûts élevés des programmes d'exercices
- Le transport
- Spécifiques à la communication :
 - Instructeur physique qui parle trop vite
 - Impatience des autres envers l'aphasie

Facilitateurs:

- Motivation envers l'activité physique
- Valeur et importance accordée à l'activité physique
- Programmes d'exercice spécifiques aux personnes aphasiques
- Présence d'autres personnes ayant vécu des expériences similaires
- Présence de partenaire de communication ou de soutien familial
- Constance du personnel
- La présence de plusieurs instructeurs
- Transport près du centre d'exercices et à faible coût
- Spécifiques à la communication :
 - Guidance (un à un) pendant les exercices
 - Utilisation de communication non verbale des instructeurs (ex. : démonstration)
 - Patience de la part des autres non-aphasiques
 - Instructions claires et simples données par l'instructeur
- Constance dans la structure, le format et l'heure des programmes d'exercice

Stratégies proposées pour les programmes :

- Annoncer et mieux faire connaître les programmes d'exercice pour adultes aphasiques
- Améliorer la disponibilité des programmes accessibles
- Sensibiliser le public à l'aphasie
- Construire des programmes d'exercice qui accueillent des participants avec handicaps physiques et difficultés de communication

Stratégies proposées aux personnes aphasiques :

- Aller avec quelqu'un
- Prendre son temps et aller lentement pour communiquer
- Se répéter le message pour faciliter à le transmettre
- Faire prendre conscience aux autres que vous êtes aphasique
- Utiliser des stratégies de conversation
- Poser des questions ou demander de l'aide
- Utiliser les expressions faciales en transmettant le message
- Commencer à parler directement après l'AVC pour se pratiquer

Référence	(Brown et coll., 2014)
Titre	<i>Does participation in standardized aerobic fitness training during inpatient stroke rehabilitation promote engagement in aerobic exercise after discharge? A cohort study</i>
But de l'étude	Déterminer si participer à un programme d'aérobic durant la réadaptation à l'interne est associé à une augmentation de la participation à des activités physiques après le congé
Niveau d'évidence	2+
Type d'étude	Étude de cohorte (prospective)

Méthode	Questionnaire (<i>The Physical Activity Scale for Individuals with Disabilities [PASIPD]</i>) et adhésion au <i>American College Sport Medicine guideline (ACSM)</i>
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> La participation à un programme d'aérobic durant la réadaptation à l'interne n'agit pas comme un facilitateur à l'augmentation de la participation à des activités physiques après le congé. Les programmes devraient fournir les outils et les connaissances à ses participants afin de maintenir une participation à des activités physiques à long terme. Les programmes devraient traiter des barrières déjà connues ainsi que les barrières individuelles face à l'activité physique et aider les participants à les surmonter.

Référence	(Lau et coll., 2016)
Titre	<i>Facilitating Community-Based Exercise for People With Stroke: Cross-Sectional e-Survey of Physical Therapist Practice and Perceived Needs</i>
But de l'étude	Évaluer la prestation de l'éducation sur les « community-based exercise programs » (CBEP) aux personnes ayant subi un AVC, les barrières à fournir cette éducation et les préférences des ressources pour faciliter l'éducation selon les physiothérapeutes en pratique neurologique.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Quantitative
Méthode	Questionnaire en ligne de 76 questions dont 24 concernant les barrières à l'éducation sur les CBEP.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque de programmes adaptés Manque de connaissances quant aux CBEP offerts dans leur région <p>Facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Liste des CBEP Brochure des CBEP Personne-ressource Éducation à évaluer si le patient est prêt à l'exercice Éducation à fournir de l'éducation aux patients concernant les CBEP <p>Donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer des ressources pour augmenter la connaissance des CBEP aux physiothérapeutes.

Référence	(Morris et coll., 2015)
Titre	<i>From physical and functional to continuity with pre-stroke self and participation in valued activities: A qualitative exploration of stroke survivors', carers' and physiotherapists' perceptions of physical activity after stroke</i>
But de l'étude	Explorer les croyances des physiothérapeutes, soignants et survivants d'un AVC concernant l'activité physique pour identifier comment celles-ci facilitent ou font obstacle à la participation à des activités physiques
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues semi-structurées aux survivants d'un AVC Groupes de discussion pour les soignants et les physiothérapeutes

Résultats et/ou
pistes de
solutions
pertinentes

Barrière :

Chez les participants plus âgés, l'activité physique est parfois perçue comme moins réalisable et trop exigeante

Facilitateur :

- Perçue comme prévention à un second AVC
- Une façon de redevenir « normal »
- Expériences positives (bénéfices) et confiance en ses habiletés
- Soulage l'ennui et appuie une vie autodéterminée
- Favorise la participation à d'autres activités significatives
- Fournit un sentiment de contrôle sur la réadaptation et l'atteinte d'objectifs
- Soutien social
- Disponibilité du transport
- Connaissances des activités disponibles
- Météo favorable
- Coût

Recommandation : Considérer l'intégration d'interventions qui fournissent des ressources psychosociales pertinentes et qui tiennent compte des influences environnementales plus larges sur l'activité physique.

Référence	(Nicholson et coll., 2013)
Titre	<i>A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke</i>
But de l'étude	Identifier dans la littérature toutes les études portant sur les barrières et facilitateurs perçus par les survivants d'un AVC à la pratique d'activités physiques.
Niveau d'évidence	1-
Type d'étude	Revue systématique
Méthode	Recherche électronique dans les bases de données EMBASE, Medline, CINAHL et PsychInfo.
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problèmes de santé ▪ Séquelles de l'AVC ▪ La peur de subir un second AVC ▪ Manque de connaissances sur comment et où faire de l'exercice ▪ Préoccupation de santé ▪ Sentiment que l'activité n'est pas aidant pour sa condition ▪ Manque de motivation ▪ Accès et disponibilité des programmes, transport et coût (les plus fréquemment mentionnées) <p>Facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le désir d'effectuer des tâches quotidiennes normales ▪ La possibilité de rencontrer d'autres personnes ayant subi un AVC (soutien psychologique et social) ▪ Exercice en groupe ▪ Le bénéfice du soutien professionnel pour faciliter et guider l'activité physique

Recommandations :

- Comme les facteurs sociaux ont été une forte motivation pour l'activité physique, l'engagement avec le patient, les membres de sa famille et la communauté est à privilégier.
- Éducation aux survivants d'un AVC aux faibles risques de l'activité physique et souligner ses bénéfices.

Référence	(Nicholson et coll., 2014)
Titre	<i>A qualitative theory guided analysis of stroke survivors' perceived barriers and facilitators to physical activity</i>
But de l'étude	Explorer les barrières et facilitateurs perçus à la pratique de l'activité physique par les gens ayant subi un AVC.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative
Méthode	Entrevues semi-structurées
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de contrôle perçu sur les activités physiques ▪ Affect négatif (sentiment de peur, de frustration, de fatigue ou de douleur) ▪ Manque de soutien et de suivi des professionnels à la sortie de l'hôpital ▪ Manque de transport <p>Facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La connaissance des bénéfices de l'activité physique ▪ Haut sentiment d'efficacité ▪ Ressentir les bénéfices de l'exercice ▪ Interactions sociales (soutien social, rétroaction) ▪ Comportements de routine <p>Recommandations :</p> <p>Augmenter le sentiment d'efficacité perçu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Persuasion ▪ Gradation d'activités <p>Pallier au manque de soutien et de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter le suivi par les professionnels de la santé ▪ Groupes d'exercices spécifiques aux gens post-AVC

Référence	(Simpson et coll., 2011)
Titre	<i>Exercise perceptions among people with stroke: barriers and facilitators to participation</i>
But de l'étude	Explorer les perceptions de l'activité physique chez les personnes ayant subi un AVC incluant les concepts et la définition de l'activité physique selon eux ainsi que leur perception des barrières et facilitateurs.
Niveau d'évidence	3
Type d'étude	Qualitative exploratoire
Méthode	<i>Groupes de discussion</i>
Résultats et/ou pistes de solutions pertinentes	<p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La peur de tomber ou de perdre l'équilibre ▪ Peu de connaissances quant à l'importance des habitudes de vie saines pour prévenir un second AVC ▪ Faible sentiment d'efficacité

- Peu de programmes post-AVC existants

Facilitateurs :

- Améliorer l'équilibre et la mobilité
- Le soutien (aide et conseils de professionnels sur quels exercices faire, par exemple) étant donné un sentiment d'efficacité personnelle limité
- L'opportunité d'interagir avec d'autres personnes ayant subi un AVC
- Les exercices qui améliorent l'équilibre (la marche étant importante pour les participants)

Recommandation :

- L'implantation dans la communauté de programmes d'activités physiques avec des exercices pour augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

ANNEXE E

14 PISTES D’ACTION PROPOSÉES

Recommandation	Références	Niveau d’évidence
1. Documenter les préférences et les barrières perçues par la personne quant à la pratique d’activités physiques, notamment par le biais d’une entrevue ou même d’un questionnaire standardisé comme le <i>Stroke Exercise Preference Inventory (SEPI)</i> (Bonner et al., 2016).	(Billinger et al., 2014a; Bonner et al., 2016; J. H. Morris, 2016; Törnbom et al., 2017)	4 à 1++
2. Offrir des conseils personnalisés pour adapter l’occupation de façon à faciliter l’intégration de l’activité physique au quotidien (p. ex. : jardinage, déplacements dans les escaliers, utilisation de la bicyclette pour se déplacer, participation à un cours de danse). Ces conseils doivent tenir compte des caractéristiques de la personne (p. ex. : préférences, capacités, expériences antérieures) et de son environnement social et physique.	(Billinger et al., 2014a; J. H. Morris, 2016; J. H. Morris et al., 2014; Poltawski et al., 2013; Poltawski et al., 2015; Signal et al., 2016)	1+
3. Adapter l’occupation, notamment par la gradation d’activité, de façon à diminuer les peurs et à créer des expériences positives où la personne se sent compétente en vue de favoriser l’amélioration du sentiment d’efficacité personnelle.	(Billinger et al., 2014a; J. Morris et al., 2012; J. H. Morris, 2016; S. L. Nicholson et al., 2014; Norris et al., 2013; M. Shaughnessy & Resnick, 2009; Signal et al., 2016; Simpson et al., 2011)	1+
4. Coacher la personne pour l’amener à devenir responsable de son comportement en matière de santé. Il est pertinent, notamment, de laisser la personne choisir l’occupation dans laquelle elle désire s’engager, la guider à établir elle-même ses objectifs, l’habiliter à faire face aux obstacles qu’elle rencontre ou qu’elle est susceptible de rencontrer ainsi que l’habiliter à gérer et moduler elle-même son niveau d’activité physique sans excéder ses limites.	(Billinger et al., 2014a; Brown et al., 2014; Gill & Sullivan, 2011; Jones et al., 2015; Mansfield et al., 2016; J. H. Morris et al., 2015; Norris et al., 2013; Poltawski et al., 2013; Resnick et al., 2008; M. Shaughnessy & Resnick, 2009; Walter et al., 2015)	1+
5. Utiliser des stratégies motivationnelles et comportementales avec le client telle que l’entrevue motivationnelle pour favoriser l’engagement dans la pratique d’activités physiques au quotidien.	(Gill & Sullivan, 2011; Gillham & Endacott, 2010; J. H. Morris & Williams, 2009; Norris et al., 2013; Poltawski et al., 2013; Signal et al., 2016; Walter et al., 2015)	1+
6. Offrir un soutien psychologique ou référer à un autre professionnel qualifié afin d’aider la personne à surmonter les enjeux liés à la dimension affective (p. ex. : symptômes dépressifs, manque de motivation, craintes face à l’attitude des autres face au handicap après l’AVC) pouvant influencer l’engagement dans des activités physiques.	(J. Morris et al., 2012; Norris et al., 2013)	1+
7. Sensibiliser et éduquer la personne et sa famille sur les bénéfices de l’activité physique (p. ex. : maintien de la	(Billinger et al., 2014a; Gill & Sullivan, 2011; Gillham & Endacott, 2010;	1+

santé, amélioration fonctionnelle, prévention d'un second AVC) et les fausses croyances quant à celle-ci (p. ex. : l'activité physique est propice à réduire le risque d'un second AVC plutôt que de l'augmenter et permet de réduire la fatigue). Enseigner des stratégies de gestion de l'énergie au besoin également.	Harrington et al., 2010; J. Morris et al., 2012; J. H. Morris, 2016; J. H. Morris et al., 2015; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Norris et al., 2013; Poltawski et al., 2015; M. Shaughnessy & Resnick, 2009; Simpson et al., 2011; Törnbom et al., 2017)	
8. Offrir des opportunités et des outils pour soutenir l'activité physique à long terme (p. ex. : fournir des idées d'exercices facilement réalisables à la maison, favoriser un soutien social à long terme par le biais de l'environnement familial ou par des références vers des ressources de la communauté).	(Brown et al., 2014; Gillham & Endacott, 2010; Harrington et al., 2010; Jurkiewicz et al., 2011; J. H. Morris, 2016; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Patterson & Ross-Edwards, 2009; Poltawski et al., 2013)	1+
9. Sensibiliser le personnel soignant et les autres professionnels de la santé gravitant autour de la personne sur l'importance de l'activité physique après l'AVC.	(Billinger et al., 2014a; J. H. Morris & Williams, 2009)	4 à 1++
10. Coacher la famille pour favoriser l'adoption d'attitudes et de comportements favorables au développement d'un sentiment d'efficacité personnelle chez la personne (ex.: encourager et valoriser les petits succès, guider la personne tout en évitant la surprotection).	(Harrington et al., 2010; Jurkiewicz et al., 2011; J. Morris et al., 2012; S. Nicholson et al., 2013; Poltawski et al., 2013; Resnick et al., 2008; Törnbom et al., 2017)	1+
11. Proposer à la personne de participer à des activités physiques en groupe, incluant idéalement d'autres personnes ayant subi un AVC, et offrant un environnement social soutenant.	(Banks et al., 2012; Billinger et al., 2014a; Jurkiewicz et al., 2011; J. Morris et al., 2012; J. H. Morris, 2016; S. Nicholson et al., 2013; S. L. Nicholson et al., 2014; Patterson & Ross-Edwards, 2009; Poltawski et al., 2013; Signal et al., 2016; Simpson et al., 2011)	1+
12. Plaidoyer et collaborer à des partenariats entre les professionnels de la santé et les groupes communautaires pour le développement de programmes d'activités physiques communautaires qui incluent aussi un volet éducatif sous forme d'échanges avec, par exemple, des personnes significatives qui viennent discuter de leur expérience ou des professionnels de la santé.	(Banks et al., 2012; Billinger et al., 2014a; Gill & Sullivan, 2011; Harrington et al., 2010; Poltawski et al., 2015; Simpson et al., 2011)	1+
13. Plaidoyer pour un environnement institutionnel et physique favorisant l'accessibilité à des services et ressources appropriées en lien avec la pratique d'activités physiques (p. ex. : aide financière, accessibilité à du transport, à des équipements et à des professionnels formés) pour favoriser l'engagement dans la pratique d'activités physiques.	(Billinger et al., 2014a; J. H. Morris, 2016; J. H. Morris et al., 2015; J. H. Morris & Williams, 2009; S. Nicholson et al., 2013; Patterson & Ross-Edwards, 2009; Signal et al., 2016)	1-
14. Contribuer à former les acteurs de l'environnement social gravitant autour de la personne lors de ses loisirs	(Banks et al., 2012; Billinger et al., 2014a; J. Morris et al., 2012; J. H.	1+

et de ses activités physiques (p. ex. : personnel soignant, intervenants offrant des services de loisirs et d'activités physiques) sur les stratégies favorisant l'engagement de la personne ayant subi un AVC dans des activités physiques significatives. Il peut s'agir de stratégies favorisant l'apprentissage (p. ex. : aide-mémoire, démonstration, soutien), la motivation (p. ex. : implication de la famille et de la communauté, favoriser le sentiment d'efficacité personnelle) ou des conseils sur l'adaptation d'activité.	Morris & Williams, 2009; S. Nicholson et al., 2013; Simpson et al., 2011)	
---	---	--